

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**



**TESIS DOCTORAL**

**El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros  
ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de  
Madrid**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Antonio Jiménez Fernández**

Director

**Francisco Javier Pomar Fernández**

**Madrid, 2016**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**



**TESIS DOCTORAL**

**El papel del trabajador social en los equipos integrales  
de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes  
en la Comunidad de Madrid**

**AUTOR**

**Antonio Jiménez Fernández**

**DIRECTOR**

**Dr. D. Francisco Javier Pomar Fernández**

**Madrid, 2015**



## **Agradecimientos**

Antes de comenzar, quiero agradecer este trabajo de investigación y sus resultados, en primer lugar a la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, tanto por los dos años de master cursados junto a compañeros y profesores, como por haberme brindado la ocasión de cerrar un ciclo formativo en este mundo del Trabajo Social con este Doctorado. En segundo lugar, a mis profesores y, entonces compañeros, de la Diplomatura cuando comencé mis estudios en 1994, y posteriormente Grado, en la Universidad Pontificia Comillas por todo lo compartido en sus aulas. En tercer lugar a todas las personas que he tenido el placer de conocer en mi proceso profesional: personas que he atendido y compañeros de trabajo. En cuarto lugar, y no por ello menos importante; a mi Director de Tesis, el Dr. Pomar, que además de jefe, ha sido compañero y maestro en este camino de aprendizaje.

Mencionar especialmente, a mis padres, Antonio y Pastora, que sin ellos, no sería lo que soy; agradecerles su apoyo y su paciencia conmigo, en todo momento; y a mi hermana María Jesús, porque siempre me hace sentir que está ahí. Gracias.



## INDICE

Resumen / Abstract.....	11
Introducción.....	15
<b>PRIMERA PARTE: ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO.....</b>	<b>19</b>
Capítulo 1: Aproximación al Trabajo Social como profesión de ayuda.....	21
1.1. Introducción.....	21
1.2. Precursores del Trabajo Social.....	23
1.3. Objeto del Trabajo Social.....	50
1.4. Objetivos del Trabajo Social.....	53
1.5. Las funciones del Trabajo Social.....	56
1.6. Definición de Trabajo Social.....	61
1.7. Profesionalización del Trabajo Social.....	76
Capítulo 2: La Relación de Ayuda en Trabajo Social.....	85
2.1. Introducción.....	85
2.2. Concepto de Relación de Ayuda.....	87
2.3. Diferentes estilos de Relación de Ayuda.....	94
2.4. Competencias profesionales en la Relación de Ayuda.....	98
2.5. La comunicación como elemento importante en la Relación de Ayuda.....	102
2.6. Habilidades en la Relación de Ayuda.....	105
2.7. El estilo centrado en la persona:.....	111
2.7.1. La congruencia.....	111
2.7.2. La aceptación incondicional.....	113
2.7.3. La empatía.....	118
2.7.3.1. Fases de la empatía.....	122
2.7.3.2. Efectos de la empatía sobre el ayudado.....	124
2.7.3.3. Dificultades de la empatía.....	126
2.8. La escucha activa.....	127
2.9. Funciones del profesional durante la Relación de Ayuda.....	133
2.10. Fases de la Relación de Ayuda.....	133
2.11. El Acompañamiento Social.....	136
2.12. Técnica de la entrevista en la Relación de Ayuda del Trabajo Social.....	140
Capítulo 3: Modelos de intervención en Trabajo Social y otros modelos interpretativos del consumo de drogas.....	145
3.1. Introducción.....	145
3.2. Concepto de modelo en la ciencia.....	150
3.3. El concepto de modelo en el Trabajo Social.....	151
3.4. Conceptualización y estructura del modelo en Trabajo Social.....	152
3.5. Diferentes modelos de intervención en el Trabajo Social.....	153
3.5.1.- Modelo psicodinámico.....	154
3.5.2.- Modelo psicosocial.....	156
3.5.3.- Modelo de resolución de problemas.....	160
3.5.4.- Modelo de intervención en crisis.....	162
3.5.5.- Modelo centrado en la tarea.....	165
3.5.6.- Modelo ecológico o de vida.....	168

3.5.7.- Modelo de gestión de casos.....	171
3.5.8.- Modelo cognitivo-conductual.....	180
3.5.9.- Modelo crítico / radical.....	183
3.5.10.- Modelo sistémico.....	187
3.5.11.- Modelo transteórico del cambio.....	194
3.5.12.- Modelo humanista y existencial.....	197
3.6. Modelos interpretativos del consumo de drogas.....	204
3.6.1.- Modelo jurídico.....	207
3.6.2.- Modelo de la distribución del consumo.....	207
3.6.3.- Modelo médico tradicional.....	208
3.6.4.- Modelo de reducción del daño.....	209
3.6.5.- Modelo de la privación social.....	211
3.6.6.- Modelo de los factores socioestructurales.....	212
3.6.7.- Modelo de educación para la salud.....	213
3.6.8.- Modelo psicológico individualista.....	216
3.6.9.- Modelo socioecológico.....	219
Capítulo 4: El Modelo Humanista.....	229
4.1. Introducción .....	229
4.2. Origen de la Psicología Humanista.....	230
4.3. El Modelo Humanista.....	238
4.4. Contenido conceptual del Modelo Humanista.....	241
4.5. Naturaleza de la intervención en el Modelo Humanista.....	242
4.6. Biografía de Carl R. Rogers.....	244
4.7. El modelo terapéutico de Rogers: El Modelo Centrado en el Cliente.....	246
4.7.1. Desarrollo del Modelo Centrado en el Cliente.....	246
4.7.2. Relación del Trabajador Social con la persona que necesita apoyo en el Modelo Centrado en el Cliente.....	254
4.7.3. Las fases de intervención en el Modelo Centrado en el Cliente.....	256
4.7.4. Técnicas utilizadas en el Modelo Centrado en el Cliente .....	257
4.7.5. Cualidades y funciones del terapeuta en el Modelo Centrado en el Cliente.....	259
4.8. Breve biografía de Robert Carkhuff.....	262
4.9. El modelo de ayuda de Robert Carkhuff.....	263
4.10. Aportaciones de Robert Carkhuff.....	273
Capítulo 5: La intervención social en adicciones.....	275
5.1. Introducción.....	275
5.2. Marco político en materia de drogodependencias.....	276
5.2.1. Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020.....	276
5.2.2. Plan Nacional sobre Drogas.....	279
5.2.3. Estrategia Nacional sobre Drogas.....	281
5.2.4. Planes Autonómicos de Drogas.....	282
5.3. Trabajo Social y Salud.....	284
5.4. Trabajo Social Sanitario.....	286
5.4.1. Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios.....	295
5.4.2. Las áreas de intervención del trabajador social sanitario.....	297

5.5. Drogodependencias y Trabajo Social.....	298
5.5.1. El trabajador social en el proceso de atención integral a las drogodependencias y sus funciones en los centros de drogas.....	302
5.5.2. Aspectos sociales de los consumos de drogas.....	316
5.5.3. Los factores de riesgo en drogodependencias.....	318
5.5.4. La intervención en drogodependencias y su abordaje terapéutico en la intervención social.....	321
Capítulo 6: Los Equipos Integrales en Drogodependencias.....	325
6.1. Introducción.....	325
6.2. La importancia de lo interdisciplinar en materia de drogodependencias.....	328
6.3. El equipo interdisciplinar en el ámbito de las drogodependencias.....	332
6.4. Funcionamiento en equipo interdisciplinar.....	334
6.5. El rol de los profesionales del equipo interdisciplinar.....	340
<b>SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....</b>	<b>349</b>
Capítulo 7: Planteamiento de la Investigación.....	351
7.1. Objetivos del estudio.....	351
7.2. Hipótesis.....	352
7.3. Metodología.....	353
7.3.1. Contexto y participantes del estudio.....	354
7.3.2. Fase de recogida de datos.....	359
Capítulo 8: Descripción de los resultados.....	365
8.1. Introducción.....	365
8.2. Trabajadores Sociales.....	366
8.3. Otros profesionales.....	394
8.4. Responsables públicos (políticos).....	447
8.4.1. Análisis de las encuestas realizadas a políticos.....	447
8.4.2. Análisis de los Planes Autonómicos de Drogodependencias.....	455
8.5. Responsables técnicos (coordinadores/directores del Centros de Drogas)..	470
Capítulo 9: Conclusiones y Propuestas de futuro.....	481
9.1. Conclusiones.....	481
9.2. Propuestas de futuro.....	487
Bibliografía.....	489
Anexos.....	503
Anexo 1. Cartas de presentación.....	505
Anexo 2. Cuestionarios.....	511
Anexo 3. Listado de Centros de Drogas de la Comunidad de Madrid.....	539
Anexo 4. Listado de Planes Autonómicos de Drogodependencias.....	543



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Actividades, funciones y objetivos del Trabajo Social.....	61
Tabla 2.1.	Elementos en la Relación de Ayuda, según Ángel Brusco.....	95
Tabla 2.2.	Estilos de Relación de Ayuda.....	97
Tabla 2.3.	Comparativa entre los Principios de Biestek y las reglas básicas en la Relación de Ayuda.....	110
Tabla 2.4.	Aclaraciones sobre las actitudes del no-directivismo.....	116
Tabla 2.5.	Empatía es.....	121
Tabla 2.6.	Escuchar es.....	129
Tabla 2.7.	Habilidades Básicas para el desarrollo de la Relación de Ayuda.....	132
Tabla 2.8.	Fases, objetivos, actitudes que debe tener el profesional y actitudes que puede tener el cliente en el proceso de la Relación de Ayuda.....	134
Tabla 3.1.	Hechos estresantes y respuestas en la intervención en crisis.....	165
Tabla 3.2.	Problemas para los que el trabajo centrado en la tarea es efectivo.....	166
Tabla 3.3.	Diferencias clave entre los Modelos de Gestión de Casos.....	178
Tabla 3.4.	Destrezas fundamentales del profesional del gestor de caso.....	179
Tabla 3.5.	Los sistemas básicos del Trabajo Social de Pincus y Minahan.....	190
Tabla 3.6.	Resumen esquemático de los Modelos de Intervención en Trabajo Social.....	199
Tabla 3.7.	Modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación socioecológica.....	222
Tabla 3.8.	Resumen de los modelos interpretativos del consumo de drogas..	225
Tabla 5.1.	Niveles de recursos, en base a la especialización.....	283
Tabla 5.2.	Tipos de Intervención según los Recursos de la Red de Atención Pública de Drogodependencias en España.....	284
Tabla 5.3.	Proceso de atención integral a las drogodependencias (Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid).....	307
Tabla 5.4.	Factores de Riesgo en drogodependencias, según Martín Solbes..	321
Tabla 6.1.	Ventajas y Desventajas del Trabajo en Equipo.....	331
Tabla 6.2.	Requisitos del Equipo Interdisciplinar, según Beneit y Condiciones para el desarrollo del Equipo Interdisciplinario, según Rossell.....	337
Tabla 6.3.	Algunas características del equipo interdisciplinario (Rossell, 1999).....	338
Tabla 6.4.	Distintas áreas de trabajo y preparación profesional.....	341
Tabla 6.5.	Rasgos diferenciales entre la función de los Asistentes Sociales y la de otros profesionales.....	346
Tabla 7.3.1.	Universo objeto de este estudio.....	357
Tabla 8.1.	Características del Equipo de Trabajo (Trabajadores Sociales).....	376
Tabla 8.2.	Comparativa de los datos sobre Modelos de Intervención Social entre los trabajadores sociales.....	377
Tabla 8.3.	Aspectos que se dan en la aplicación de los Modelos de Intervención Social.....	379

Tabla 8.4.	Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Realidad de los Trabajadores Sociales).....	389
Tabla 8.5.	Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los Trabajadores Sociales).....	390
Tabla 8.6.	Comparativa entre cuestionarios enviados y recibidos, según profesiones.....	396
Tabla 8.7.	Comparativa entre acciones realizadas por los Trabajadores Sociales y los Otros Profesionales.....	401
Tabla 8.8.	Características del Equipo de Trabajo (Otros Profesionales).....	407
Tabla 8.9.	Mejorar la atención prestada a los pacientes.....	428
Tabla 8.10.	Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los otros profesionales).....	430
Tabla 8.11.	Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los trabajadores sociales).....	431
Tabla 8.12.	Comparativa entre Otros Profesionales (color rojo) y Trabajadores Sociales (color negro).....	432
Tabla 8.13.	Coordinación con los Trabajadores Sociales.....	434
Tabla 8.14.	Coordinación con Otros Profesionales.....	435
Tabla 8.15.	Comparativa entre la Coordinación con los Trabajadores Sociales y Otros Profesionales.....	436
Tabla 8.16.	Valoración de los Responsables Políticos sobre los aspectos de la Relación de Ayuda.....	451
Tabla 8.17.	Motivos para mejorar la atención prestada a los pacientes.....	453
Tabla 8.18.	Elementos comunes de los Planes Autonómicos de Drogodependencias.....	456
Tabla 8.19.	Planes Municipales de Drogodependencias en la Comunidad de Madrid.....	463
Tabla 8.20.	Municipios de la Comunidad de Madrid con CAID pero sin Plan Municipal de Drogas.....	467
Tabla 8.21.	Municipios de la Comunidad de Madrid con Plan Municipal de Drogas pero sin CAID.....	467
Tabla 8.22.	Objetivos Generales de 4 Planes Municipales de Drogodependencias (Alcalá de Henares, Madrid, Móstoles y Torrejón de Ardoz).....	468

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.4.1.	Competencias en la Relación de Ayuda.....	101
Gráfico 7.3.1.1.	Universo objeto de este estudio.....	358
Gráfico 7.3.2.1.	Trabajadores Sociales.....	361
Gráfico 7.3.2.2.	Otros profesionales.....	362
Gráfico 7.3.2.3.	Responsables políticos.....	363
Gráfico 7.3.2.4.	Responsables técnicos.....	364
Gráfico 8.2.1.	Muestra en función del sexo.....	367
Gráfico 8.2.2.	Titulación obtenida.....	367

Gráfico 8.2.3.	Número de años de experiencia como Trabajador/a Social.....	368
Gráfico 8.2.4.	¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?.....	369
Gráfico 8.2.5.	Número de años trabajados en el ámbito de las drogodependencias.....	369
Gráfico 8.2.6.	¿En qué tipo de acciones realiza su trabajo?.....	370
Gráfico 8.2.7.	¿Qué forma de intervención social realiza?.....	371
Gráfico 8.2.8.	Áreas de intervención social.....	371
Gráfico 8.2.9.	Función principal como Trabajador Social.....	372
Gráfico 8.2.10.	Coordinación con el resto de Trabajadores Sociales del Centro de Drogas.....	372
Gráfico 8.2.11.	Coordinación con otros Trabajadores Sociales de otras entidades.....	373
Gráfico 8.2.12.	Coordinación con otros profesionales de su Centro de Drogas...	374
Gráfico 8.2.13.	Función principal como Trabajador Social.....	375
Gráfico 8.2.14.	Modelos de Intervención Social.....	376
Gráfico 8.2.15.	Porcentajes en referencia a los Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención de los trabajadores sociales.....	383
Gráfico 8.2.16.	Porcentajes en referencia a los Aspectos de la Relación de Ayuda de otros profesionales, desde el punto de vista de los Trabajadores Sociales.....	384
Gráfico 8.2.17.	Comparativa sobre Aspectos de la Relación de Ayuda.....	386
Gráfico 8.2.18.	Comparativa de Grado de Satisfacción del trabajo realizado y con el Equipo de Trabajo.....	387
Gráfico 8.2.19.	Cómo mejorar la atención prestada a los pacientes.....	388
Gráfico 8.3.1.	Otros profesionales encuestados.....	395
Gráfico 8.3.2.	Titulaciones.....	396
Gráfico 8.3.3.	Comparativa entre Cuestionarios Enviados y Cuestionarios Recibidos, según profesiones.....	397
Gráfico 8.3.4.	¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?.....	398
Gráfico 8.3.5.	Años trabajados en el ámbito de las drogodependencias, diferenciado por categorías profesionales.....	399
Gráfico 8.3.6.	Acciones realizadas.....	400
Gráfico 8.3.7.	Comparativa entre acciones realizadas por los Trabajadores Sociales y los Otros Profesionales.....	401
Gráfico 8.3.8.	Forma de intervención terapéutica, por profesiones.....	402
Gráfico 8.3.9.	Forma de Intervención Terapéutica, por profesiones, añadiendo a los Trabajadores Sociales.....	403
Gráfico 8.3.10.	Función del Trabajador Social que considera que debería ser la principal.....	404
Gráfico 8.3.11.	Función del Trabajador Social en su centro de trabajo.....	405
Gráfico 8.3.12.	Comparativa con respecto a la función principal del Trabajador Social.....	406
Gráfico 8.3.13.	Modelos de Intervención Social conocidos.....	408

Gráfico 8.3.14.	Comparativa en Modelos de Intervención Social.....	409
Gráfico 8.3.15.	Modelos de Intervención Social utilizados.....	410
Gráfico 8.3.16.	Comparativa entre los modelos conocidos y utilizados.....	411
Gráfico 8.3.17.	Percepción de los MÉDICOS en referencia a los Trabajadores Sociales (Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social).....	412
Gráfico 8.3.18.	Percepción de los ENFERMEROS en referencia a los Trabajadores Sociales (Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social).....	413
Gráfico 8.3.19.	Percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en referencia a los Trabajadores Sociales (Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social).....	414
Gráfico 8.3.20.	Percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en referencia a los Trabajadores Sociales (Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social).....	415
Gráfico 8.3.21.	Percepción de los EDUCADORES SOCIALES en referencia a los Trabajadores Sociales (Aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social).....	416
Gráfico 8.3.22.	Percepción de los MÉDICOS en el ejercicio de su propia profesión (Aspectos de la Relación de Ayuda en los MÉDICOS). ..	417
Gráfico 8.3.23.	Percepción de los ENFERMEROS en el ejercicio de su propia profesión (Aspectos de la Relación de Ayuda en los ENFERMEROS).....	418
Gráfico 8.3.24.	Percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en el ejercicio de su propia profesión (Aspectos de la Relación de Ayuda en los PSICÓLOGOS CLÍNICOS).....	419
Gráfico 8.3.25.	Percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en el ejercicio de su profesión (Aspectos de la Relación de Ayuda en los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD).....	420
Gráfico 8.3.26.	Percepción de los EDUCADORES SOCIALES en el ejercicio de su profesión (Aspectos de la Relación de Ayuda en los EDUCADORES SOCIALES).....	421
Gráfico 8.3.27.	Comparativa del Valor “4” de la percepción de los MÉDICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	422
Gráfico 8.3.28.	Comparativa del Valor “4” de la percepción de los ENFERMEROS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	422
Gráfico 8.3.29.	Comparativa del Valor “4” de la percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	423
Gráfico 8.3.30.	Comparativa del Valor “4” de la percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	423

Gráfico 8.3.31.	Comparativa del Valor “4” de la percepción de los EDUCADORES SOCIALES en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	424
Gráfico 8.3.32.	Comparativa del Valor “5” de la percepción de los MÉDICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	425
Gráfico 8.3.33.	Comparativa del Valor “5” de la percepción de los ENFERMEROS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	425
Gráfico 8.3.34.	Comparativa del Valor “5” de la percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	426
Gráfico 8.3.35.	Comparativa del Valor “5” de la percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	426
Gráfico 8.3.36.	Comparativa del Valor “5” de la percepción de los EDUCADORES SOCIALES en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión.....	427
Gráfico 8.3.37.	Coordinación con los trabajadores sociales.....	434
Gráfico 8.3.38.	Coordinación con otros profesionales.....	435
Gráfico 8.3.39.	Comparativa entre la coordinación con los trabajadores sociales y otros profesionales.....	436
Gráfico 8.4.1.	Forma de intervención terapéutica.....	449
Gráfico 8.4.2.	Valoración de los Responsables Políticos con respecto a la Relación de Ayuda.....	452
Gráfico 8.4.3.	Planes Municipales de Drogodependencias.....	466
Gráfico 8.4.4.	CAIDs.....	466
Gráfico 8.5.1.	Sexo de Responsables Técnicos.....	471
Gráfico 8.5.2.	Profesiones de los Responsables Técnicos.....	471
Gráfico 8.5.3.	¿Han trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?.....	472
Gráfico 8.5.4.	Años en puesto de responsabilidad técnica.....	473
Gráfico 8.5.5.	¿Los trabajadores sociales son necesarios en el ámbito de las drogodependencias?.....	478

## RESUMEN

Los objetivos de esta Tesis son: conocer las funciones principales de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones en la Comunidad de Madrid; explorar el tipo de coordinaciones que se establecen entre los trabajadores sociales y los otros profesionales de la intervención; analizar la opinión de los equipos integrales con respecto al trabajador social; conocer si desde las áreas psicosociales se utilizan los modelos de intervención; y explorar la opinión de los responsables políticos y de los responsables técnicos

La Tesis consta de dos partes: en la primera, se realiza un análisis bibliográfico; y en la segunda, se recoge el trabajo de investigación de campo en el que se ha analizado el papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid.

Las conclusiones de esta Tesis se resumen en las siguientes:

La función principal atribuida a los trabajadores sociales en los centros de drogas, desde el punto de vista de los otros profesionales, se limita a la gestión de recursos, pero los propios trabajadores sociales consideran que sus funciones principales son el acompañamiento de procesos de la persona y la Relación de Ayuda, y en tercer lugar, la gestión de los recursos.

En el ámbito de las drogodependencias, al trabajador social le ubican fuera de las profesiones sanitarias, y como tal, en los equipos de trabajo, el trabajador social se puede ver limitado a atender demandas puntuales de información y asesoramiento quedando fuera de la intervención integral con el paciente.

No existe un reconocimiento igualitario por parte del resto de profesionales que intervienen en los centros de drogas. A este nivel, el hecho de que la profesión del Trabajo Social no se considere sanitaria, según la normativa vigente, impide que, oficialmente se pueda acceder a los datos de la historia clínica de los pacientes, lo que dificulta la dinámica del trabajo cotidiano en cuanto a dicho acceso se refiere.

El personal sanitario y clínico opina que el trabajador social es necesario en los centros de drogas, pero en la práctica diaria, la realidad no se ajusta exactamente a estos planteamientos.

Por otra parte, los profesionales sanitarios consideran que el trabajador social fomenta las coordinaciones con las entidades sociales y tiene un alto conocimiento de los recursos y su gestión.

Existe una percepción residual del Trabajo Social, en tanto en cuanto, que no se le atribuyen funciones propias de la profesión en el diseño de la intervención, al existir cierta “competición” por aspectos de la intervención psicosocial con las otras profesiones.

Los trabajadores sociales confirman la importancia de la aplicación de los modelos de intervención social ya que permiten comprender y explicar lo que ocurre y sirven para orientar y guiar la práctica profesional.

Todo parece indicar que aunque se conocen los modelos y, en general, cada profesional aplica alguno, no existe un modelo consensuado en la intervención social. Los trabajadores sociales proponen crear espacios de comunicación para la unificación de criterios del Trabajo Social.

Con respecto al compromiso político, indicar que, existe un interés por establecer objetivos, líneas estratégicas de actuación y actividades formativas, pero se podría mejorar y ampliar los recursos públicos, y que a nivel local, se materializan en Planes Municipales sobre Drogas y en centros especializados de tratamiento.

Los responsables técnicos intentan apoyar la figura de los trabajadores sociales en los equipos de tratamiento, pero se encuentran, con dificultades burocráticas e indicaciones políticas, que les limita la realización de una intervención integral en sus centros de referencia.

**ABSTRACT**

The objectives of this thesis are: to divulge the main duties of social work professionals in the field of addictions in the Community of Madrid; to explore the kind of coordination that exists between social workers and other professionals in the intervention; to analyse the integral teams' opinion of social workers; to determine whether intervention models are used by psychosocial areas; and to explore the views of policy makers and technical managers.

The thesis consists of two parts: a literature review is contained in the first part; the second gathers information on the field research work in which the social worker's role in integral teams of outpatient care centres for drug addicts in the Community of Madrid was analysed.

The conclusions of this thesis are summarised as follows:

The main role assigned to social workers in drug centres, from the point of view of other professionals, is restricted to managing resources; however, social workers themselves consider their main duties to be supporting the person's processes and the aid relationship, and thirdly, managing resources.

In the field of drug addiction, the social worker is placed outside the health profession, and as such, within the teams, the social worker can be seen to be restricted to addressing specific requests for information and advice and not being part of the integral intervention with the patient.

They are not treated as equals by the other professionals involved in drug centres. At this level, the fact that the social work profession is not considered to be health related, under current regulations, prevents these workers from officially accessing the data of the clinical history of patients, which hinders the dynamics of daily work in terms of accessing such information.



Medical and clinical staff believes that social workers are needed in drug centres; however, in daily practice, the reality does not conform exactly to these approaches.

Moreover, health professionals believe that social workers encourage coordination with social organisations and are highly knowledgeable about the resources and management thereof.

There is a residual perception of social work in as far as in designing the intervention it is not attributed with its own functions of the profession, as there is certain "competition" for aspects of the psychosocial intervention with other professions.

Social workers confirm the importance of applying social intervention models as they make it possible to understand and explain what is happening and serve to guide and direct professional practice.

It all seems to indicate that, although the models are known and, in general, every professional applies one, there is no consensus model in social intervention. Social workers aim to create spaces of communication to unify social work criteria.

With regard to political commitment, it should be specified that there is an interest in establishing objectives, strategic lines of action and training activities; nevertheless, public resources could be improved and expanded, and at local level, these could be embodied in Municipal Plans on Drugs and in specialised treatment centres.

Technical managers try to support the figure of social workers in treatment teams; however, they experience bureaucratic difficulties and political guidance, restricting them to carry out an integral intervention in their reference centres.

## INTRODUCCIÓN

Con el título *“El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a los drogodependientes de la Comunidad de Madrid”* se inicia esta Tesis que ha tenido las siguientes motivaciones para su elaboración:

En primer lugar, y dejando a un lado el propio trámite académico y burocrático para obtener el título de Grado de Doctor de Trabajo Social, el proponente ha querido recoger en esta Tesis, la formación y la experiencia que desde que finalizó su carrera de Trabajo Social, en 1997, ha ido consolidando progresivamente su desarrollo y evolución tanto profesional como personal.

En segundo lugar, tras los 18 años de recorrido del proponente en “el ámbito de lo social”, su corazón se ha ido llenando de nombres y de experiencias personales acompañando los procesos de cada uno de ellos en el ejercicio profesional. Primero como educador social y posteriormente como trabajador social, siempre ha querido contactar con la realidad social de cada momento y de cada persona con la que se ha ido encontrando, y vivir los valores humanos y del Trabajo Social con todas las personas, tanto usuarios, como compañeros de trabajo.

En tercer lugar, sería dar a conocer los aspectos más destacables de la figura del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias en los diferentes municipios de la Comunidad de Madrid, y considerar la relación de ayuda que se establece en la profesión.

Como cuarto lugar, conocer el punto de vista de otros profesionales que trabajan conjuntamente con el trabajador social en los equipos integrales de tratamiento; saber como perciben a éste desde los cargos políticos y puestos de responsabilidad técnica, que permite tomar conciencia de la perspectiva que el Trabajo Social continúa adquiriendo y consolidando, cuando se acompaña al colectivo de las personas drogodependientes.

Reconocer la figura del trabajador social desde la mirada humanista, con su impulsor Carl Rogers, ya que el proponente se siente vinculado con este modelo y lo profesa desde casi los comienzos de su andadura profesional en los diferentes ámbitos de intervención, incluido el actual con población drogodependiente. También, aprehender la esencia del Trabajo Social desde los orígenes de su pionera, Mary Richmond, lo que le permite poder plasmar en esta Tesis una realidad personalizada y a la vez, globalizadora de lo distintivo de nuestra profesión en la Relación de Ayuda con los usuarios, y la forma de proceder, profesionalmente, en el ejercicio del Trabajo Social cotidiano.

Por cuestiones prácticas y adaptando las dificultades en oportunidades, se ha realizado una investigación de campo desde un proceso para adquirir información a través de elaborados cuestionarios, para obtener las opiniones, tanto de los propios trabajadores sociales, como de otros profesionales del mundo de las drogodependencias; valorando también las opiniones de los cargos políticos y responsables técnicos (directores de centro y coordinadores), con el fin de consolidar la imagen globalizada del trabajador social en los centros de trabajo y en los equipos integrales de tratamiento.

El proponente, aunque consideró la posibilidad de abrir el estudio a usuarios, el interés de éste se ha centrado en el diseño mencionado en el párrafo anterior; no obstante, considera que de haber hecho extensivo el estudio a los usuarios drogodependientes hubiera excedido de dimensiones esta Tesis, y deja abierta la línea investigadora que podría ser desarrollada en otro trabajo de investigación.

La dirección de la Tesis ha sido llevada a cabo por el Dr. D. Francisco Javier Pomar Fernández, a quien conocí en 1998, y desde entonces, me ha acompañado en mi proceso vital, primero como jefe y como profesor de master; después como compañero de profesión; y siempre, como “maestro” en mi camino de aprendizaje, y que aún hoy, sigue siéndolo.

Ander-Egg (2011) hace una profunda reflexión sobre el Humanismo y el Trabajo Social, y aquí, el proponente quiere unirse a dicha reflexión: “el Trabajo Social puede ser una profesión testimonio de lo humano en la medida que su quehacer y su objetivo central, se asuma como una praxis liberadora”. (p. 142).

El autor señala que hablar de Trabajo Social como profesión testimonio de la humanidad no es una cuestión de simpatía o de empatía, o una forma de sentirse vanguardia en cuanto a la concepción de la profesión. Se trata de una opción vital que va más allá de la ciencia y de la metodología, o de las opciones políticas o ideológicas que podamos hacer.

El testimonio de lo humano solo se expresa a través de personas concretas, por su estilo de vida, es decir por su modo de pensar, de ser y de hacer, cualquiera que sea su profesión. Esta postura supone un trabajador social comprometido, no por las declaraciones que haga o por lo que escriba, sino por los hechos que produzca.

El trabajo que se presenta a continuación consta de una primera parte teórica centrada en el análisis bibliográfico en cuanto a la profesión del Trabajo Social como profesión de ayuda, presentando a los principales precursores del Trabajo Social, entre los que destaca, la fundadora de la profesión: Mary Richmond. Se hace una introducción al concepto de Relación de Ayuda y se estudian los diferentes estilos y competencias profesionales.

Se ofrece al lector los aspectos de la Relación de Ayuda en los colectivos más vulnerables, haciendo una revisión por los diferentes modelos de intervención en Trabajo Social, analizando en cada uno de ellos el concepto y la práctica de dicha relación y, también concretamente en el ámbito de las adicciones. Desde la práctica profesional y desarrollo de la profesión, por parte del doctorando, merece especial dedicación el Modelo Humanista, que se desarrolla en el capítulo número 4, con su principal impulsor, Carl Rogers.

Se realiza también una presentación de la intervención social que los profesionales del ámbito de las drogodependencias desempeñan en centros especializados del sector, y donde el doctorando se ha basado en algunas de las hipótesis a constatar en la investigación de campo a realizar, mencionando las funciones y las áreas de los trabajadores sociales en el Trabajo Social Sanitario.

Para finalizar esta parte teórica, se recoge la importancia de lo interdisciplinar en los equipos técnicos de trabajo, a pesar del peso específico que mantiene la multidisciplinariedad en los centros de trabajo.

Tras este recorrido bibliográfico se realiza un trabajo de investigación de campo sobre opiniones y actitudes utilizando diversas técnicas de investigación y dirigido, en primer lugar, a los propios profesionales del Trabajo Social de los centros de tratamiento de drogodependencias, para continuar posteriormente el análisis con otros profesionales del mismo ámbito (médicos, psicólogos, enfermeros, educadores sociales...). Y con el fin de recabar la información pertinente y valorar la importancia de la figura de los trabajadores sociales en los centros de drogodependencias, se hace un análisis en esta materia a los responsables políticos y responsables técnicos del sector mencionado.

A continuación, en los epígrafes siguientes se detallan el contexto y los participantes del estudio y las explicaciones pertinentes en la fase de recogida de datos.

De todo este trabajo de investigación y su análisis correspondiente por cada uno de los diferentes elementos intervinientes en este estudio se especifica una serie de conclusiones, contenidas en el capítulo nueve.

# **PRIMERA PARTE:**

# **ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO**



## **Capítulo 1:**

### **Aproximación al Trabajo Social como profesión de ayuda**

#### **1.1. Introducción**

Para enmarcar este capítulo se realizará un breve recorrido por la Historia del Trabajo Social para posteriormente y a través de varias definiciones de autores consagrados poder identificar lo que es el Trabajo Social y constatar así, que esta profesión es una profesión de ayuda.

El objetivo de este capítulo es conseguir una definición sobre el Trabajo Social que puede ayudar a comprender qué es, de dónde surge y para qué sirve, y para ello se tendrá en cuenta la obra de diferentes autores que se irá referenciando a lo largo del mismo.

Para finalizar este capítulo, se aborda la profesionalización del Trabajo Social, haciendo mención a las características necesarias de una ocupación para que sea profesión.

“El Trabajo Social siempre ha parecido tener las alas tan grandes que no le caben en los márgenes de ningún nido” (De la Red, 1993, p. 133). La autora quiere decir que es



tan amplio el campo del Trabajo Social y tan diferentes sus acciones que existe dificultad para delimitar su concepto y concretar sus objetivos y funciones.

Para Zamanillo y Gaitán (1991), “el Trabajo Social es una forma de ayuda racionalizada para neutralizar los fenómenos de desorganización social, producto de situaciones de desigualdad” (p. 18).

A continuación se realiza un recorrido por la historia del Trabajo Social con el fin de ver la evolución de la disciplina hasta la actualidad.

El proceso de la Acción Social en el ámbito de la Asistencia Social se desarrolla conforme a una trayectoria ascendente en espiral a través de cuatro etapas sucesivas:

De la Caridad y Beneficencia a la Asistencia Social; y del Servicio Social al Trabajo Social. Como escribe Natividad de la Red (1993) estas etapas suelen llamarse convencionalmente:

- 1.- Etapa Pretécnica: Se dan las formas de Caridad y Beneficencia. Estas formas se producen desde la Antigüedad hasta mediados del siglo XVIII;
- 2.- Etapa Técnica: Se produce del Estado Liberal al Estado Intervencionista, y se prolonga hasta la segunda guerra mundial. Surge así la Asistencia Social y se constituye como complemento del sistema público de acción social.
- 3.- Etapa Precientífica: Se van asimilando los métodos y profesionalización, que da lugar al Servicio Social como forma de Acción Social en relación con los principios, estructuras y política del Bienestar Social.
- 4.- Etapa Científica, que hace referencia al Trabajo Social desde mediados de la década de los sesenta hasta la actualidad, y estudia la realidad social y los fenómenos sociales

desde sus causas para diagnosticar, remediar y prevenir, al menos de manera fiable, los malestares sociales.

## 1.2. Precursores del Trabajo Social

Natividad de la Red escribe sobre la Historia Social, es decir, sobre la historia de las relaciones sociales, del poder, y de los conflictos sociales entre grupos sociales, clases, pueblos, etnias e individuos. La Historia de la Acción Social es pues:

1. La historia de la Ayuda social a necesitados e indigentes realizada por instituciones filantrópicas y de caridad.
2. La historia de la lucha por los derechos sociales y laborales de la clase trabajadora y del campesinado.
3. Y, la historia de la Política Social de los diversos Estados y gobiernos.

Existe una especial sensibilidad en toda la trayectoria histórica de la humanidad para con el necesitado (De la Red, 1993, p. 5), y Ander-Egg (1992) constata esta idea también incidiendo en que la ayuda a los necesitados es tan antigua como la humanidad, y se tiene constancia desde que existe el hombre en la tierra.

Desde el *Código de Hammurabi* (1700 a.C) en Mesopotamia, *Camino de la Virtud* en China, los Libros sagrados de la India “*Los Vedas, los Brahmanas, los Upanishads, las Leyes de Manu y el Bhagavat Gita*” o el Antiguo Testamento sobre el pueblo hebreo, marcan el comienzo de la forma de ayuda al necesitado desde motivaciones humanistas y religiosas (González, 2011).

Grecia y Roma también realizan Ayuda Social al tener organización que daba respuesta a necesidades y carencias sociales donde se reconocía que estas tenían cierta “responsabilidad social” (de la Red, 1993); más tarde la aportación que hace el Islam estableciendo deberes de ayuda al prójimo como el pago del *zakat* (impuesto recaudado de acuerdo a las propiedades que posee la persona para distribuirlo entre

necesitados) y el *Sadaqat* (pago voluntario que se considera altamente meritorio como testimonio a la verdad de la religión) (Ander-Egg, 1992).

Hasta la Edad Media la organización de la Caridad casi fue responsabilidad de la iglesia católica, bajo la política cristiana y tradicional creada por San Agustín (González, 2011).

La presencia de la cultura musulmana en el medievo europeo ayudó a establecer nuevas formas de ayuda a los necesitados que contribuyeron a su institucionalización.

Siguiendo a González (2011), en este tiempo medieval, las formas sociales de dar asistencia y prestar ayuda fueron las siguientes:

- 1.- Ayuda y protección social de los reyes y señores que tenían la obligación de proteger a sus vasallos y siervos.
- 2.- Ayuda pública de órdenes religiosas y hospitales en monasterios que acogían a peregrinos y viajeros.
- 3.- Ayuda mutua, prestada dentro de los gremios, entre ellos mismos, cualquiera que fuera su categoría (maestro, compañero o aprendiz).
- 4.- La limosna, que se establecía de manera individual y era considerada un deber religioso y un medio de salvación.

Natividad de la Red (1993) indica que, “en el Renacimiento, surgen motivos económicos (expansión marítima y colonial, auge del comercio, descubrimientos...), sociales (emigración del mundo rural al urbano, surgimiento del obrero...), y políticos (monarquías autoritarias, aristocracia económica, aparición del mercantilismo, etc...) que se unen a la reforma protestante del siglo XVI. Con esto, se rompe la unidad del cristianismo en la Edad Media, lo que provoca un proceso de secularización y aumento del individualismo en Europa. En este periodo, las naciones aspiran a ser Estados centrales y surge el Estado moderno donde “la pobreza adquiere rango de problema social y surgen los primeros estudios y propuestas sobre la forma de organizar la Beneficencia” (p. 23).

Destacar la figura de **Juan Luis Vives** (1492-1539) que nació en Valencia (España) y se educó en París e Inglaterra. La mayor parte de su vida vivió en Bélgica. Fue amigo de Erasmo de Rotterdam y de Tomás Moro. Además de filósofo y pedagogo fue uno de los humanistas más notables de su tiempo. Históricamente para el Trabajo Social ha sido el precursor de la Asistencia Social Organizada al intentar plasmar a las obras de Caridad un sentido de eficacia, de organización y de promoción y prevención en el socorro de los pobres. Con este planteamiento organizó la Beneficencia pública en Brujas (Bélgica) donde escribió su obra “De subvencione Pauperum, sive humana necessitate” (Vives, 1992), en cuya obra se observa su profundo sentido social y donde analiza la situación de los marginados de su tiempo buscando soluciones en las Instituciones públicas por lo que algunos le consideran el primer socialista. Con un breve análisis de su obra, Capilla y Villadóniga (2004) explican que su libro consta de dos partes: en la primera, expone los principios generales del ejercicio de la Caridad, define la necesidad de hacer el bien como condición de la existencia de la sociedad, explica el origen de la pobreza atribuyéndolo al desorden proveniente del Pecado Original y exhorta a los pobres a conformarse con su pobreza. En la segunda parte presenta un programa detallado de la reforma de la asistencia social ciudadana.

Pomar (2008) narra que Juan Luis Vives entiende que el pobre requiere de la misericordia, entendida como limosna, que para él no es solo distribución de dinero, sino toda obra que alivie la insuficiencia humana (consejos, presencia, palabras, trabajo y asistencia) (p. 23).

Es destacado las aportaciones de nuevas ideas al campo de las Humanidades, la Pedagogía y la Filosofía, y Acción Social entre otras (Capilla y Villadóniga, 2004), y concretamente en Pedagogía, ya que pasó su vida aprendiendo y enseñando, quedando recogida su vocación de educador a lo largo de su obra.

Molina (1994) recoge en su obra que para Juan Luis Vives se trataba de ofrecer una ayuda que consistiera en orientación y en un trabajo, no bastaba solamente el dinero;

se trataba pues de capacitar a los pobres para un oficio. (p. 21); de ahí la importancia de considerar como un proceso la relación de ayuda establecida.

Capilla y Villadóniga (2004) señala que en 1519 comienza su carrera docente en la Universidad de Lovaina y en 1522 es propuesto para desempeñar la cátedra que Nebrija había dejado tras su muerte. Vives renuncia a ella y un año después decide trasladarse a Inglaterra para impartir clases en la Universidad de Oxford pero esta etapa termina en 1528 debido a la crisis matrimonial de Enrique VIII, Vives regresa a Brujas donde continúa escribiendo y entregado al estudio. Muere el 6 de mayo de 1540.

Extraordinaria mención requiere la influencia de las doctrinas de Vives a nivel organizativo y práctico, llegando a provocar un profundo debate sobre la pobreza y la mendicidad. (Romeu, 1981, p. 171). Se publican más de diez obras que abordan el problema de la respuesta a la mendicidad entre 1526 y 1600. (Serna, 1988, p. 52-53).

También asentó las bases de la Asistencia Social Pública con los principios de la individualización, aceptación incondicional de la persona, la prevención y la rehabilitación. Aunque fue criticado por sectores del clero del momento, con su obra, Juan Luis Vives ofreció una nueva filosofía con renovados enfoques y procedimientos dando respuesta a una forma de Acción Social. Su metodología inspiró a otros como: S. Vicente Paul, Thomas Chalmers, Octavia Hill, etc... (Molina, 1994, p. 21)

Como indica el profesor Pomar (2008) “la atención social a los pobres se seculariza al abandonar la exclusividad de la iglesia y comprometer a los poderes civiles en su resolución, sin excluir la obra eclesial, tal cual se da en el presente” (p. 24).

La Asistencia Social surge en el tránsito del Estado liberal al Estado intervencionista. Aparece con la denominación de “ayuda pública” en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1791. En la Constitución francesa de 1848 se perfila como derecho. La Asistencia Social nace en un ambiente de reivindicaciones y de

movimientos obreros que buscan el cambio social” (Las Heras y Cortajarena, 1979, p. 70-71).

Sus teorías e innovadoras concepciones psicológicas se recogen en 1519 en una serie de escritos contra los falsos dialécticos parisinos y en el tratado “De anima et vita” como indica Capilla y Villadóniga (2004) en su recopilación.

Estos autores señalan que la situación histórica de su tiempo imprime carácter en Vives quien lejos de quedar impasible se enfrenta y toma posesión ante los problemas de la Europa del XVI.

En el siglo XVII se destaca la primera Ley que reconoce y asume las obligaciones sociales de carácter secular que tiene el gobierno respecto a los necesitados. Aquí es donde aparece en 1.601 la “Ley de los Pobres” en Inglaterra que establecía tres clases de pobres: los corporalmente capacitados, los incapacitados y los niños dependientes. En el caso de Estados Unidos, también en el siglo XVII, se adopta la “Ley Isabelina de los pobres” por la que la ayuda a los pobres se realizaba de dos maneras: una como ayuda exterior (comida, ropa, combustible), y como oferta al mejor postor (a quien cobraba menos por su sostenimiento); sea como fuere, el pobre era tratado como persona deficiente (De la Red, 1993, p.26).

De la misma manera, destacar también a **San Vicente de Paúl** (1581-1660) que nació en Francia en la época del inicio y consolidación del capitalismo comercial y financiero. Siguiendo la línea de Luis Vives, asumió la defensa de los pobres y de los niños obreros. También dio importancia a la individualización de la persona necesitada, favoreció la ayuda privada y para ello fundó la “Congregación de las Hermanas de la Caridad”. Eran hijas de pobres labriegos que querían dedicarse a obras de caridad. Se les enseñó a cuidar a los pobres y se convirtieron en las precursoras de las que más tarde serían las Visitadoras Sociales. (Molina, 1994, p. 22).

Nace el 24 de abril de 1581. Es el tercer hijo del matrimonio formado por Jean de Paúl y Beltranda de Moras, labradores y sin recursos.

Le envían al Colegio de los Franciscanos de Dax con 14 años y posteriormente continuaría su formación en la Universidad de Toulouse. Consiguió el bachiller en Teología y se licenció en Derecho Canónico, destacó como políglota (francés, español, gascón, italiano, árabe). En Septiembre del año 1600, lo ordenó sacerdote, el Obispo de Perigux. (Capilla y Villadóniga, 2004)

Capilla y Villadóniga (2004) señalan que en 1604 obtiene el Doctorado en Teología, luego decide irse a Marsella para recobrar una herencia que le fue usurpada, intenta regresar por Narbona en barco y según narró él mismo, fue atacado por tres bergantines turcos. Sufrió múltiples vejaciones y pasó a ser esclavo de cuatro “señores”, hasta que pudo huir, llegando a Avignon, a Roma y finalizando este viaje tortuoso en París en 1608. Ya ubicado y reconfortado ayuda a los pobres y enfermos en el Hospital de la Caridad.

Continuando con las notas biográficas de estos autores, en 1619 se le nombra Capellán de las Galeras, mostrando especial interés en asistir y visitar a los galeotes en La Conciergerie (París), Marsella y Burdeos, planteando una transformación radical de las estructuras y un trato humanizador. Pomar (2008) señala que su obra “constituye una reorganización de la Atención Social de la Iglesia Católica” (p. 24).

Francia en el siglo XVII, se encuentra terriblemente azotada por el pauperismo, la mendicidad vergonzante o el vagabundeo, que provocará en unos, el reclamo de la represión por ser considerados como peligrosos para la sociedad y por otro lado, propiciará a modo de revulsivo un cambio en la mentalidad, viéndose prioritario la asistencia social y la organización de la caridad. Es por esto que Vicente y Luisa de Marillac, fueron pioneros en esta Asistencia y Acción Social, fundaron la Compañía de las Hijas de la Caridad en 1633, previa institución de las Confréries de Charité o Hermandades de Caridad. (Capilla y Villadóniga, 2004).

En la actualidad, la Congregación de la Misión, que en España se asentó en Barcelona (1704), cuenta con 4100 miembros y 551 centros en el mundo. Se creó la Asociación Internacional de Caridades con 260.000 socias cuyo lema es “contra todas las pobrezaas, actuar juntos”

Vicente de Paúl, hombre polifacético destacó como sacerdote, reformador social, formador, fundador y autor de múltiples cartas, textos, reflexiones, etc... Puede considerarse como un verdadero “talisman” para los más necesitados... Vicente que significa “vencedor” ganó el pulso a los obstáculos que impedían dar un respiro a la sociedad asfixiante francesa; tras su enfermedad, invalidez y muerte el 27 de Septiembre de 1660, fue canonizado por Clemente XII (1737) y declarado Patrón de las Obras de la Caridad en 1885 por León XIII.

Paúl (1972, p. 26), frente a las tendencias de la época de encerrar a los pobres y a los enfermos en centros especiales, aislándolos de la sociedad, propuso servirlos en su casa y en su familia, es por lo que para el Trabajo Social es una figura muy importante y destacable en los orígenes de la profesión.

En la Ilustración (siglo XVIII) se subraya el paso que va desde la ignorancia y la superstición hacia la defensa del conocimiento científico y la técnica como instrumentos de transformación del mundo y del progresivo mejoramiento de las condiciones espirituales y materiales de la humanidad (González, 2011 recogido en De la Red, 1993). Las referencias que hace Locke y David Humme en Inglaterra, y Voltaire y Rousseau en Francia, dan lugar al surgimiento de una ética basada en la razón y en el sentimiento de la empatía, que “proyecta la utilidad de la acción realizada para bien de la colectividad” (De la Red, 1993, p. 32).

La creación de la profesión del Trabajo Social se va fraguando en diversas experiencias como indica Anger-Egg en “las transformaciones económicas del mercantilismo que van a ir configurando a la economía capitalista, la revolución científico-tecnológica, la revolución burguesa, el Estado liberal, los nuevos problemas sociales, la aparición del proletariado y del movimiento sindicalista y el cuestionamiento al nuevo estado de



cosas provenientes del anarquismo y del socialismo naciente, configuran una nueva situación, en la que surgen nuevas instituciones de ayuda y las primeras legislaciones de tipo social para atender a los problemas de la pobreza” (Ander - Egg, 1992, p. 53).

González (2011) indica en su artículo que este complejo marco económico, político y social, la Iglesia y el Estado comienzan a preocuparse por la llamada cuestión social, “expresión ligada a la noción de una perturbación profunda del orden social” (Escartín y Suárez, 1994, p. 36). De esta manera, la pobreza se irá uniendo a la carencia de propiedad, a la falta de trabajo y a la exclusión social. Cambia el sentido de la beneficencia y de la asistencia hacia una orientación económico-laboral, y así es a partir de este momento donde “el Estado considera la cobertura de las necesidades y pobreza socialmente reconocidas como de responsabilidad pública, lo que constituye a su vez una de las bases y referencias de la propia legitimación del mismo poder “De la Red, 1993, p. 41). Podemos decir, que comienza a surgir lo que es hoy la Política Social.

Especial mención merece **Thomas Chalmers** (1780 – 1847), fue ministro presbiteriano y no se mostró muy contento con los resultados obtenidos por la Beneficencia pública. Decidió organizar la acción asistencial en el ámbito de su parroquia, San Juan de Glasgow (Escocia), convirtiéndose en un reformador de las obras de caridad. Fue el primero en señalar que la ayuda a los indigentes debía convertirse en ciencia basada en la observación y teniendo en cuenta que el objetivo de toda ayuda, debía ser el mejoramiento social. Para llevar a cabo su programa estableció el cuerpo de “Visitadores Sociales”, que recorrían los distritos en que había dividido su parroquia, y en los que dos visitadoras proporcionaban ayuda material, social, religiosa y educativa a los más necesitados, niños y adultos (Molina, 1994, p. 22-23)

El profesor Pomar (2008, p. 27) incluye en su Tesis que para Chalmers “todo ser humano guarda en su interior capacidades para ayudarse a sí mismo. Esta visión personalizadora pervivirá a lo largo del ulterior desarrollo de la profesión y se concretará en el principio de individualidad. Chalmers consideraba que esta ayuda

debía darse por la sociedad basándose en la “ayuda mutua” en un lema que podríamos recoger como “ayudar a ayudarse a sí mismo”. Para ello señalaba cuatro fases o etapas de su modelo de ayuda:

1.- Analizar la causa de la pobreza de cada individuo; 2.- En caso de no poder satisfacer por sí mismo sus necesidades acudir a su entorno más inmediato para que le atiendan; 3.- Si no, buscarle ciudadanos ricos que pudieran atenderle y si todo ello fallase; 4.- Pedir ayuda a los fieles creando para ello la figura de las “visitadoras sociales”, como se ha mencionado anteriormente.

Adquiere predominancia la Asistencia Social, que nace en el paso del Estado liberal al Estado intervencionista, y se prolonga hasta después de la segunda guerra mundial (De la Red, 1993:42). T. Chalmers se opone tanto al socorro público como al ofrecido por la Iglesia, por considerar ambos poco eficaces. Propone el sistema de atención por pequeños distritos con un diácono nombrado como coordinador, en el que debía procederse estudiando:

- La causa de la pobreza y posibilidad de salir de la misma.
- Cómo encontrar alguna familia capaz de responder a las necesidades no cubiertas.
- La intervención directa del diácono tan sólo debía producirse en los casos en los que no se encontrase otra solución. (Moix, 1991, p. 47-49)

La idea de “ayudar a ayudarse a sí mismos” tan presente en los primeros Asistentes Sociales, estaba ya latente en la obra de Chalmers y cincuenta años después de su labor precursora, la Sociedad Londinense de Organización de la Caridad (COS), prestaría un programa de socorro a los pobres basado en las ideas de Chalmers, que sentó los primeros cimientos para el enfoque individual en el Trabajo Social. (Molina, 1994, p. 23).

Algo similar elaboró el conservador norteamericano **Benjamin Thompson**, que organizó en Munich una Institución destinada a recoger a los mendigos. Inició con ellos

un tratamiento individualizado y rehabilitador y logró interesar a las autoridades gubernamentales en su proyecto.

**Daniel Von Der Heydt** en 1835 introdujo en su ciudad de Elberfel, este plan que en adelante recibiría el nombre de “Sistema Elberfel”, y que después un número importante de ciudades europeas adoptarían como programa de prevención y rehabilitación social. (Molina, 1994, p. 23).

Son líneas metodológicas, por etapas o fases de trabajo que muestran elementos precursores del Trabajo Social actual:

- Estudio de las necesidades del sector.
- Estudio de las necesidades de los pobres del sector.
- Prevención de los problemas derivados de la pobreza brindando trabajo a los parados.
- Rehabilitación de los indigentes.
- Supervisión del trabajo a través de personas responsables de esta labor en la ciudad que eran denominados “supervigilantes” y supervisaban la labor de los 564 “limosneros-visitadores” (Pomar, 2008, p. 28).

Se comienza a descubrir la Acción Social de la Filantropía (González, 2011).

Carasa citado por Gutiérrez (2007) considera, a modo de resumen, “que es posible establecer tres fases en el proceso de transformación de la acción social desde el siglo XVIII. Una primera caracterizada por la reforma ilustrada de la intervención social centrada en la caridad para sustentarla en torno a los conceptos de utilidad y racionalidad, revalorización del trabajo y colaboración social. En la segunda, se detecta como se acomodan los viejos recursos caritativos para fortalecer el modelo social defendido por una burguesía liberal, interesada en modelar a las clases populares en sus valores liberales, y como se crea una estructura de ayudas a la familia, el trabajo, la propiedad y el orden. En la tercera fase la intervención social experimenta un fuerte

proceso de cambio de la mano de los reformistas sociales a comienzos del siglo XX. Se producirá el progresivo abandono de la vieja cultura de la protección a la pobreza por parte de la iniciativa particular o de clase, para adentrarse en la previsión social. Ello coincidirá con el paso de la antigua realidad de la pobreza personal a un fenómeno masivo del pauperismo que, por sus dimensiones y características, resultará inquietante para el orden y desarrollo económico ligado a la burguesía. La supervivencia del pobre individual será un problema de la sociedad que compete a la política social del Estado. Desde este momento se nos concibe la existencia de la pobreza en una sociedad con un sistema de seguros y Servicios Sociales ofrecidos por el Estado a todos los ciudadanos”. (p. 141)

Siguiendo a De la Red, en el origen específico del Trabajo Social influyen los movimientos de reforma social (el movimiento sindicalista, la reivindicaciones para la mejora de la educación, etc...); los movimientos de investigación social (la realización de estudios sociales despiertan la conciencia de los filantrópicos); y, las iniciativas organizadas (como la Charity Organization Society: “C.O.S.” que se configura en Londres en 1869, como la primera organización de la caridad bajo el nombre de Sociedad para la Organización del Socorro Caritativo y la Represión de la Mendicidad (C.O.S)), es decir, los pioneros del Trabajo Social comienzan a desarrollar su labor a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. La C.O.S. es el primer intento técnico y con proyección científica del Trabajo Social. (De la Red, 1993, p. 51)

Se empieza a diferenciar la Beneficencia como “esfuerzos y actividades orientados a hacer el bien”, y la Asistencia Social como algo más complejo que supone estar presente y acudir en ayuda a algún individuo. La Asistencia Social fue entendida como una obligación del Estado que debía reglamentarla mediante sus corporaciones públicas enmarcándola dentro del bienestar social, pero sin que se convirtiera en sistema ya que su única función era la de cubrir las carencias sin mantenerlas (De la Red, 1993).

Las Heras y Cortajarena (1979, p. 71) destacan por su importancia en la historia de la Acción Social, la COS (Organización Social de Caridad), cuando el dramático impacto de

la época manchesteriana había remitido ya bastante en el país (desde 1850, las condiciones de salarios y las horas de trabajo había mejorado notablemente).

Esta institución supuso un importante paso a la concepción y organización de las prácticas asistenciales, intentando desarrollar junto al Derecho de los Pobres y la Filantropía privada, un nuevo método de actuación para remediar la pobreza existente en la era victoriana (Molina, 1994, p. 27).

Esta Organización que estuvo en sus comienzos integrada por universitarios de Oxford y Cambridge, nació como resultado de la preocupación de los filántropos por ayudar a individuos y grupos necesitados, aunque lo que de verdad se proponía la C.O.S. era reducir la pobreza mediante la aplicación de una administración más racional y eficiente de los recursos disponibles, predicando por encima de todo la autoayuda, “ayudar a ayudarse así mismo” evitando la ayuda indiscriminada que estaba surgiendo en las sociedades caritativas existentes.

El gran descubrimiento de la C.O.S. fue que “La ayuda debe ayudar más al que la recibe que al que la da”. Esto le llevó a la necesidad de la racionalidad científica de la ayuda y a sujetar su acción a los principios y criterios conocidos también como el “Credo de la C.O.S.”: (Molina, 1994, p. 28)

- 1.- Sustituir los múltiples donativos indiscriminados por una completa investigación de cada caso.
- 2.- Elaboración de un plan de ayuda en colaboración con la persona solicitante.
- 3.- Prestar una ayuda adecuada y suficiente, o de lo contrario, no prestarla.
- 4.- Hacer un seguimiento de cada caso hasta que fuera resuelto.
- 5.- Prestar ayuda sólo a los “pobres merecedores”, los “no merecedores”, según el Derecho de Pobres, no eran ayudados.
- 6.- Mantener un cuidadoso archivo con toda la documentación utilizada.

El trabajo de la COS se organizaba en unas orientaciones básicas, que Ander-Egg (1992) resume en:

- 1.- Cada caso será objeto de una encuesta escrita.
- 2.- La encuesta se presentará a una comisión encargada de decidir qué medidas se toman.
- 3.- No se darán socorros temporales, sino que se ayudará metódicamente y de forma prolongada hasta que el individuo o la familia vuelva a conseguir una estabilidad.
- 4.- El asistido será el agente de su propia readaptación.
- 5.- Se solicitará ayuda a las instituciones adecuadas a favor del asistido.
- 6.- Los agentes de estas obras recibirán instrucciones generales escritas y estarán formados.
- 7.- Se formarán ficheros con los asistidos de todas las instituciones de caridad para evitar abusos y repeticiones de entrevistas.
- 8.- Se formará un conjunto de obras de beneficencia que permita organizarlas adecuadamente.

Sus figuras más representativas, fueron las siguientes: Charles Stewart Lock, Josephine Shaw Lowell, Los Barnett, Jane Addams, Octavia Hill y Mary Richmond.

Destacar de entre todas ellas la figura de **Octavia Hill**, que apoyándose en las experiencias que había tenido en una organización pública, trabaja por dar a conocer la importancia de las relaciones individuales. Estas publicaciones se difunden principalmente en Boston, y la COS se instala en Buffalo (ambas ciudades en Estados Unidos) (Las Heras y Cortajarena, 1979, p. 71).

Una de las iniciativas de Hill consistió en que su grupo de visitadoras amigables debían considerar a los pobres a los que atendían y cuya realidad supervisaban como miembros de su familia y no como algo ajeno. (Pomar, 2008, p. 33).

Pomar (2008, p. 34) indica que lo importante para Octavia Hill es:

- 1.- La relación entre profesional y usuario antes que la ayuda material.
- 2.- El derecho al respeto, a la dignidad y al trato correcto del usuario.
- 3.- La pobreza es responsabilidad de la persona la superación depende de su cambio merced a la interrelación usuario-profesional.
- 4.- Se interesa por la formación de sus profesionales.
- 5.- Crea la supervisión.

Es también precursora de la formación de estos profesionales al señalar como elementos de la misma: “aprender a tratar a la gente, a comprender las condiciones en que esta vivía y los medios que podía emplearse para mejorarlas”

Siguiendo a Natividad de la Red (1993, p. 43) el origen específico del Trabajo Social se remonta a la época de la industrialización de la sociedad occidental, finales del siglo XIX y principios del XX en Inglaterra, en un clima de problemas sociales provocados por la Revolución Industrial y por el liberalismo económico y político.

En la aparición del Trabajo Social influyen según Friedlander (1985):

- a. Los movimientos de Reforma Social: Carlistas y socialistas cristianos critican duramente la legislación vigente y algunos patrocinan asociaciones y cooperativas.
- b. Los movimientos de investigación social. Se realizan estudios sociales que atraen la atención del público y despiertan la conciencia de los filantrópicos.
- c. Las iniciativas organizadas. Según los resultados de los primeros estudios, los enfoques teóricos sobre el tema de la Asistencia, y ante la necesidad de progresar en la solución de problemas cada vez más acuciantes, empiezan a surgir nuevas iniciativas organizadas. Se ocuparán más que de la atención directa a las necesidades, de la coordinación de instituciones dedicadas a la atención de necesitados y de que en la prestación de dicha atención se tengan en cuenta: que cada situación debe ser estudiada específicamente a través de una encuesta que será valorada por una Comisión creada al efecto. Las

instituciones elaboran listados de atenciones prestadas para formar ficheros centralizados con el fin de evitar abusos y repeticiones, a la vez que sirven para organizar la beneficencia de modo conveniente. (p. 39-48).

En 1897, **Mary Richmond** había propuesto la creación de una “Escuela de Filantropía”; ella sostenía como fundamento de esta necesidad que las buenas intenciones y el sentido común no eran suficientes para que la ayuda a los necesitados sea prestada de manera eficaz (Ander-Egg, 1992, p. 56).

Mary Richmond, expresó en 1897 a la Conferencia Nacional de Servicio Social la conveniencia de crear una escuela para el estudio y la enseñanza, a la vez teórica y práctica, de los elementos básicos comunes a todas las formas de Trabajo Social. Al año siguiente, la COS de Nueva York organizó una escuela. (Las Heras y Cortajarena, 1979, p. 71).

Consideró la acción profesional como un arte: “El Servicio Social es el arte por el que se realiza una acción con y para las personas diferentes, colaborando con ellas para lograr al mismo tiempo su mejora y la de la sociedad” (Red Vega, 1993, p. 134). En conclusión el profesor Pomar indica: “Mary Richmond consideró que el Trabajo Social es el arte de usar el sentido común en situaciones poco comunes para devolver al individuo y a su familia a un estado de buena relación con su medio cotidiano”. (Pomar, 2008, p. 37).

Es aquí donde cabe mencionar, a la que podemos denominar fundadora de la profesión del Trabajo Social: Mary E. Richmond, que nace en Illinois (EE.UU) el 5 de Agosto de 1861. He aquí una breve biografía de ella: En 1879 se graduó de enseñanza secundaria en la High School de Baltimore a la edad de 16 años. En 1889 comienza a trabajar como tesorera auxiliar para la Organización de la Caridad en Baltimore, a donde se traslada, una vez que su tía muere y a la que cuidó durante su enfermedad y hasta su muerte. Aquí comienza su carrera en el Trabajo Social. Fue entrenada para ser “visitadora amigable”, función desempeñada por grupos de mujeres que realizaban visitas a los domicilios de la gente necesitada de los barrios obreros e intentaban ayudarles para que mejoraran su calidad de vida. A raíz de la experiencia que adquiere



en este trabajo comienza a pensar en escuelas profesionales para el estudio del trabajo de casos. Sus comienzos se caracterizan por la acción caritativa hacia los marginados, en su creencia de que éstos podían ser reformados, idea que le condujo a la formalización del Trabajo Social (Capilla y Villadóniga, 2004).

Siguiendo el trabajo realizado por estos autores, una de sus primeras obras fue un pequeño manual, "Friendly visiting among the poor: a handbook for charity workers" (1899), donde precisa los aspectos que son importantes para realizar un trabajo de ayuda en los hogares de los pobres, con aspectos tales como la administración del dinero, la higiene, el cuidado de los niños, etc. Fruto de su inquietud por el conocimiento y la necesidad de éste para desempeñar un buen trabajo comienza a estudiar las obras de sociología y filosofía del momento, en especial las obras de W. James y J. Dewey. Conoció a G. H. Mead, por el que se introduce en la psicología en la vida de los grupos y conoce también la obra de S. Freud, así como a los antropólogos culturalistas del momento.

En 1897 intervino en la Conferencia Nacional de Instituciones de Caridad donde señala la necesidad de crear un centro de formación de los trabajadores sociales. Al año siguiente se concreta esta idea creándose la Escuela de Filantropía Aplicada, en Nueva York, a la que se incorporó de forma inmediata como docente. Con ello se consiguió dar una atmósfera profesional a lo que previamente era considerado trabajo caritativo, actividad que tradicionalmente había sido realizada en gran parte por mujeres ricas ya acomodadas que distribuían los fondos parroquiales, sin saber cómo prestar un mejor servicio a la gente. (Capilla y Villadóniga, 2004)

En 1900 se le ofrece la oportunidad de organizar la Asociación para la Organización de la Caridad de Filadelfia, y aprovechó la oportunidad, pensando que ya había hecho lo necesario en la de Baltimore. Ocupó el cargo de secretaria general durante nueve años, donde concentró sus esfuerzos en la defensa de las mujeres abandonadas, temas de vivienda, trabajo infantil, delincuencia juvenil, el cuidado de los deficientes mentales, etc... (Capilla y Villadóniga, 2004).

Publicó su libro “Social Diagnosis” (1917), por la “Riussell Sage Foundation” y fue el primer trabajo comprehensivo sobre la teoría y método del Trabajo Social en la que recoge diecisiete experiencias, una guía metodológica para efectuar un diagnóstico social a partir de los datos obtenidos por el trabajador social acerca de las circunstancias y elementos fundamentales que intervienen en el caso. El libro consta de tres partes (Zamanillo y Gaitán, 1991, p. 34):

- La evidencia social, que es el conjunto de hechos que indica las dificultades sociales y los instrumentos para su solución. Distingue la evidencia real, que es el hecho que se presenta ante nuestros sentidos; la evidencia testimonial, que proporcionan otras personas y la evidencia circunstancial o hechos esporádicos que son significativos.
- El proceso hacia el diagnóstico, que a su vez comprende cuatro fases: entrevista con el cliente; primeros contactos con su familia inmediata; búsqueda de otras fuentes y ponderación e interpretación de todos los datos reunidos. El producto de este proceso será el diagnóstico social, que debe incluir tanto la definición de las dificultades halladas, como la relación de los factores causales y los medios disponibles para el tratamiento social a seguir.
- Variaciones hacia el progreso: objeciones que pueden incidir en cambios de diagnóstico (Zamanillo y Gaitán, 1991, p. 34).

Se considera que fue esta autora, con su libro “Social Diagnosis”, quien realizó los mayores esfuerzos para convertir a la Asistencia Social en una profesión con caracteres científicos. Comienza su libro señalando la necesidad de precisar el objetivo de la actividad de los trabajadores sociales planteándose si los mismos deseaban ser reconocidos como útiles a la comunidad. El paso que debía darse –en cuanto a los objetivos- consistía en dejar de “hacer cosas”, para lograr “que fueran hechas”- (Hill, 1982, p. 11).

En 1921 se le concedió el título honorario de Master de las Artes del Smith Collage por “instituir las bases científicas de una nueva profesión”. Este título la consagra como una de las principales fundadoras del Trabajo Social, como se ha indicado en párrafos anteriores (Capilla y Villadóniga, 2004).

Son diferentes los espacios vitales donde se ubica la tarea de la fundadora, la primera plataforma donde se implicó activamente fue en el Myrle Club, organización para chicas jóvenes y mujeres trabajadoras, cuyo objetivo consistía en trabajar para resolver los problemas sociales y profesionales de sus miembros.

Defendía la idea de las llamadas visitadoras amigables como una actividad importante en el Trabajo Social, porque pensaba que era una forma de aliviar el sufrimiento de los pobres. Podían ofrecer amistad en un programa social donde el ingrediente principal era la propia amistad. No había ni dinero, ni limosna. Actitud un tanto ingenua, que fue disminuyendo a medida que adquiría experiencia y conocimiento, y la idea de introducir y desarrollar el Trabajo Social profesional ocupó un lugar cada vez más importante en sus intereses.

Mary E. Richmond inicia su reflexión a partir de la idea de que las causas de la pobreza y de los problemas sociales deberían buscarse en el individuo, aunque no descuidaba en absoluto que en la situación de las personas también influía y sobremanera su relación con su ambiente social (familia, escuelas, iglesias, trabajo, salud, educación), pero también tenía en cuenta a la comunidad y al gobierno que dictaminan las políticas sociales y promulgan las leyes. Se concentraba más en las posibilidades de la persona o la familia, lo cual sería una forma de pensar revolucionaria para su época.

Reconocía que el Trabajo Social y la Acción Social se habían practicado con frecuencia de manera separada, pero hacía constante hincapié en la necesidad de ambos como complementarios que eran. Aunque adoptó una posición conciliadora entre achacar los males sociales al individuo o a la sociedad, el desarrollo de la personalidad del

cliente fue el eje de su pensamiento, definiendo ésta como “todo aquello que el hombre adquiere por su educación, experiencia y relaciones con sus semejantes”.

Para Mary E. Richmond el objetivo del Trabajo Social era educar a través de un programa de participación que permitiese al cliente compartir con el trabajador social la responsabilidad de las decisiones a tomar. Defiende que el Trabajo Social no es sólo un proceso educativo para que la gente se adapte a la sociedad en la que vive, sino además, y simultáneamente, un proceso de investigación permanente para conseguir avances y reformas sociales para el progreso de la sociedad (Capilla y Villadóniga, 2004). Se puede trabajar en estas dos vertientes lo que enriquece a criterio del proponente la configuración del Trabajo Social.

“Mary Richmond conceptualiza el Trabajo Social como un conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando y modificando sus actitudes, promoviendo el desarrollo de su personalidad, a través de una mejora en sus relaciones con los demás. Esto implica, a su vez, una readaptación realizada por el individuo de una forma consciente a su medio social de pertenencia (se reconoce el contexto y la actuación terapéutica)” (García y Melián, 1993, p. 29).

“Este concepto deja traslucir algo del Positivismo imperante en la época, pero no por ello deja de tener una visión global del medio social, implicando en ello un cierto cuestionamiento de su propio medio social y en un marcado contraste con la Neutralidad Valorativa” (García y Melián, 1993, p. 29).

Pensaba que la Caridad debía ser organizada de forma sistemática y profesional, con un objetivo definido y una política de organización, sin dejarlo a la improvisación y sin que hubiera criterios concretos para la intervención.

Su trabajo fue práctico; se entrevistaba con la gente, organizaba la tarea, trataba los asuntos económicos. Presentaba su práctica profesional en innumerables conferencias y artículos, material que fue el punto de partida de sus trabajos teóricos (Capilla, y Villadóniga, 2004).

Estos autores señalan que, frente a quienes pensaban que la Sociología era la mejor forma de preparación para el Trabajo Social, ella sostenía que “como un arte de ayuda” era una actividad práctica, y como tal, no dependía de una sola ciencia, sino de muchas. Desarrolló un plan de formación para trabajadores sociales tomando las ideas de Anne Laurens Dawes, que fue la primera en proponer una educación específica para la profesión de Trabajo Social.

Mary R. Richmond se dedicó toda su vida a la práctica del Trabajo Social, y en el desarrollo del trabajo diario encuentra los elementos de sistematización y organización y un fuerte sentimiento por conocer y formarse, ingredientes necesarios para dar al Trabajo Social una base teórica y científica. Pensaba que sin investigación social no era posible realizar Trabajo Social, según se recogen Capilla y Villadóniga (2004).

Como procedimiento utiliza la inducción, que nos permite pasar de una serie de casos particulares a una formulación general, y de una verdad general inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular. La grandeza de esta mujer radica en su temprana contribución a la teoría y método de la disciplina, que desarrolla en sus dos libros fundamentales, “Social Diagnosis” (1917) y “What is social case work?: an introductory description” (1922). Con estos dos libros quedó, en cierta medida, institucionalizado el término de Trabajo Social de casos y sus obras han influido durante generaciones en los trabajadores sociales de todo el mundo.

Al igual indica De la Red, refiriéndose a Mary Richmond, como a quien se le reconoce la primera propuesta sobre la disciplina de Trabajo Social (De la Red, 1993, p. 52).

Mary Richmond, a principios del siglo XX, ya elaboró una definición que, aunque simple, tenía el mérito de evitar las connotaciones paternalistas y emocionales en las que se había desenvuelto la profesión de la asistencia (trabajo) social hasta entonces: “El Trabajo Social – escribía- es el arte de hacer diferentes cosas para diferentes personas y con ellas, para lograr al mismo tiempo su propia mejora y la de la

sociedad”. Mary Richmond marca el principio del Trabajo Social con anclaje propiamente científico” (Las Heras y Cortajarena, 1979, p. 171-172).

Es a finales de los años 60 del siglo XX cuando surge el “Movimiento Reconceptualizador” de la profesión en América del Sur, donde no valía aplicar las formas y métodos de acción del viejo continente. Se buscaba ofrecer desde el Trabajo Social un componente educativo y promocional, basado en la corriente de la Pedagogía de la Liberación, impulsada por el brasileño Paulo Freire. Pomar recoge en su tesis doctoral la crítica que este movimiento hace al modelo tradicional ya que para ello éste se fundamenta en el positivismo y funcionalismo interpretando los problemas como patología que debe ser tratada y no atender a causas estructurales de la sociedad; aspectos que ellos tratan y por ende logran no una acción paliativa o asistencia como hasta entonces sino transformadora de la realidad. (Pomar, 2008, p. 39).

Son autores de este nuevo enfoque: Lappit, Watson y Westly, que para ellos “es una profesión cuyo fin es influir en el destino de los hombres y resolver los problemas del uso, control y modificación de nuestro medio ambiente” (Zamanillo y Gaitán, 1991, p. 44).

“La gestación y los primeros pasos del Estado Social en España, los profundos cambios sociales y económicos experimentados, el impulso de nuevas corrientes ideológicas como el socialismo, anarquismo o socialdemocracia, exigirán, desde el último tercio del siglo XIX, un permanente y renovado compromiso de la sociedad hacia quienes mostraban algún tipo de carencia, deficiencia o necesidad” (Anaut-Bravo y Maurandi, 2013, p. 223).

Este compromiso de la sociedad es adquirido en su inmensa mayoría por las mujeres y es “la irrupción de la mujer en un escenario sociosanitario tan complejo lo que posibilitará la puesta en marcha de esas respuestas, si bien serán cada vez más conscientes de la necesidad de mejorar su formación para paliar los efectos de la nueva sociedad urbana e industrial. Desde el anonimato casi siempre y sorteando

numerosos obstáculos, fueron convirtiéndose en profesionales auxiliares de la medicina (practicantes, visitadoras y enfermeras), visitadoras domiciliarias y asistentes sociales, más tarde trabajadoras sociales. Las primeras profesionales serán pocas en número, pero claros referentes para el futuro profesional femenino” (Anaut-Bravo y Maurandi, 2013, p. 227).

“La Beneficencia, pública y privada, actuará como impulsora de la modernización de actividades y ocupaciones asignadas a la mujer de origen intrafamiliar en profesiones extradomésticas. Este proceso ha sido decisivo en la configuración de las funciones sociales de la mujer dentro y fuera del espacio privado y de la familia. Asimismo ha sido importante en la consolidación laboral y en su definición como servicio. El acceso a las profesiones feminizadas de asistencia (Enfermería y Asistencia Social) estará abierto para las mujeres de clases medias y de la aristocracia” (Anaut-Bravo y Maurandi, 2013, p. 240).

En España, como señala en su tesis doctoral el Profesor Pomar (2008, p. 47) es importante la figura de **Concepción Arenal** (1820-1893). Los datos biográficos de Concepción Arenal son escasos debido a la vida modesta e íntima que llevó (Capilla y Villadóniga, 2004). Concepción Arenal nace en El Ferrol, el 31 de Enero de 1820. A la edad de ocho años queda huérfana de padre. Ángel Arenal era abogado y a la raíz de la Guerra de la Independencia se hizo militar, participó en varias contiendas bélicas y obtuvo mucho éxito con ello. Hombre firme y de carácter bondadoso, tenía sus propias ideas políticas. Por sus discrepancias con el régimen absolutista de Fernando VII es encarcelado y a causa de ello, dada la precariedad de las prisiones de la época, enfermó y murió en 1829. Su madre Concepción de Ponte, descendiente de familia noble con título, hermana del Conde de Vigo, al enviudar se traslada con sus dos hijas a Madrid, después de estar un tiempo en Galicia y Santander.

Recogiendo lo relatado en Capilla y Villadóniga (2004), se hace un recorrido por la vida de Concepción Arenal, quien ya muy joven demostró su pasión por el estudio,

aprendió sola el francés y el italiano y leyó cuantos libros tenía o le facilitaban sus amigos y parientes.

Fue la primera mujer española que entró en la Universidad, sin estar matriculada, probablemente entre los años 1842 y 1845, y que para disimular su presencia entre tantos varones, utilizó el traje masculino, la entrada y salida del aula a destiempo y la discreción para que no se le viese. El noviazgo con Fernando García Carrasco se sitúa por entonces y todo hace suponer que se conocieron en la universidad donde él cursaba leyes y Concepción asistía a las clases. En 1847 se casó con Fernando, ya entonces abogado y escritor distinguido, colaborando los dos en “La Iberia”, el periódico político más importante de aquella época. Pero en 1855 murió y Concepción Arenal al quedar viuda se retiró a Potes, pueblo de la provincia de Santander, situado en las proximidades de los Picos de Europa.

La Real Academia de Ciencias Morales y Políticas tuvo ocasión de conceder tres premios a Concepción Arenal: en 1860, a la Memoria “La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad”; en 1875, a la Memoria “Las Colonias penales de la Australia y la Pena de deportación”; y en 1878, a la obra “La Instrucción del pueblo”.

En 1870, Concepción Arenal fue cofundadora con el distinguido hombre público Antonio Guerola, de la excelente revista “La voz de la Caridad”, en cuyas columnas aparecen publicados gran cantidad de artículos consagrados todos ellos a estudios penitenciarios y de beneficencia procurando socorro a los pobres, a enfermos y a los presos.

Sus aportaciones en esta gaceta merecieron que en 1864 se le concediera el nombramiento de Visitadora de Prisiones de Mujeres, circunstancia que aprovechó para fundar en La Coruña, una sociedad de señoras que enseñaban las labores y la lectura a las mujeres encarceladas. Estas señoras de la caridad hacían su labor de ayuda visitando, consolando y auxiliando a las corregendas que tenían a su lado a sus hijos menores de 3 años.



En distintas revistas jurídicas escribió varios trabajos combatiendo la ejecución de la pena de muerte, haciendo una amarga crítica de las bases de la reforma penitenciaria aprobadas por las Cortes en 1869.

Capilla y Villadóniga (2004) continúan escribiendo sobre esta autora y mencionan un tema muy importante en la vida de Concepción Arenal que fue la solidaridad social. Entre sus muchas opiniones sobre esta cuestión se pregunta: “¿Los pobres serían lo que son si nosotros fuéramos lo que deberíamos ser?”.

Cuando comenzó la guerra carlista, organizó la Sociedad de la Cruz Roja, dirigiendo el servicio sanitario y la distribución de socorros a los heridos, luchando también con la falta de medios auxiliares necesarios para poner en práctica todo lo que pensaba y deseaba.

Como recopilan estos autores, escribió las obritas “La mujer de su casa” (1883) y “La mujer del porvenir” (1884), así como el folleto “La condición social de la mujer en España”, traducido al inglés. Otras obras que produce en estos años son: “Cartas a un obrero” y “Cartas a un señor” (1880); los “Cuadros de la guerra” 81880); el “Juicio crítico de las obras de Feijoo”; “El Pueblo”, “El Reo y el Verdugo”; en poesía, “Fábulas en verso”, “La Guerra de África”, y “Una Oda contra la esclavitud”, que obtuvo el Primer Premio en el concurso de 1886, abierto por la Sociedad abolicionista.

La obra “El visitador del preso” no está destinada a los visitantes profesionales, es decir, los que visitan al recluso en la prisión como si visitara al enfermo en la clínica, sino para los que se propone consolar al hombre, enseñarle mientras esté preso y ampararles cuando salga.

Arenal poco antes de morir y a pesar de su poca salud, estaba redactando un estudio sobre el pauperismo, del cual había publicado algunos artículos en el “Boletín de la Institución Libre de Enseñanza”. Concepción Arenal murió en Vigo, el 4 de Febrero de 1893.

Lo que llama la atención es lo mucho que escribió y la variedad de asuntos en que se ocupó. Sobre los pobres, por eso escribió sobre beneficencia; sobre los obreros, y por eso escribió sobre el problema social; sobre los presos, y por eso escribió sobre derecho penal y sistemas penitenciarios; sobre las víctimas de la guerra, y por eso escribió sobre el derecho internacional. También desarrolló una gran labor social fundando sociedades caritativas, visitó e inspeccionó las prisiones y se puso a frente de algunos hospitales durante la guerra civil.

En 1869 la duquesa de Medinaceli había establecido la rama femenina de la Cruz Roja y Concepción Arenal se vuelca en su organización y trabajo. Dirigió, personalmente, durante el transcurso de la tercera guerra carlista, el Hospital de Sangre de Miranda de Ebro, donde se atendió a los soldados de ambos bandos. Experiencia que motivó la publicación de sus **Cuadros de guerra** (1880), donde la nota sentimental predomina en la descripción de las escenas de dolor que ella misma contempló<sup>1</sup>.

Arenal, además de redactar un excelente Proyecto de Ley de Beneficencia con objeto de sustituir la de 1849, organizó con notable acierto varias instituciones caritativas, entre ellas “Las Decenas”, sociedades muy parecidas en su forma a las Conferencias de San Vicente de Paúl (Capilla y Villadóniga, 2004).

Estos autores (2004) desengranan brevemente las obras más importantes de Arenal y destacan, “El pauperismo” que muestra una visión de la pobreza y de los pobres. Está estructurada en catorce capítulos. En el primero hace una clasificación de los miserables y las causas de la miseria, y en los restantes atiende a los diferentes tipos de menesterosos: aquellos que por falta de salud no acceden al trabajo, los que no quieren trabajar y los de escasa retribución por su trabajo. También trata el trabajo de las mujeres, de los inválidos por accidentes o enfermedades causadas por el trabajo y de los que mueren trabajando, el servicio doméstico, la división del trabajo, la

---

<sup>1</sup> Disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/portales/concepcion\\_arenal/autora\\_biografia/](http://www.cervantesvirtual.com/portales/concepcion_arenal/autora_biografia/) [2015, 7 de abril].

emigración, la mendicidad y la prostitución. En definitiva, señala la problemática social de su época.

“El visitador del pobre” es un ensayo sustentado en la experiencia acumulada sobre la ayuda que tiene por finalidad educar la actitud para la tarea de ayudar a los pobres. Aconseja con habilidad y estimula con gran acierto la empatía de quien se dispone a dar ayuda. La obra está organizada en quince capítulos y aborda cuestiones como: el dolor, quiénes son los pobres, quiénes son los que ayudan, el aspecto externo y cualidades que debe tener el visitador del pobre, la habitación del pobre y su vestido, de qué se debe hablar con él, cómo corregir al pobre vicioso y al no religioso, cómo tratar a los enfermos, a los niños y a los encarcelados, sobre la prudencia y la limosna, el respeto al dolor y sobre los enfermos de espíritu. (Capilla y Villadóniga, 2004).

No es un Estado intervencionista el que Arenal propone, sino que es un Estado que debe hacer lo que no pueden realizar las organizaciones caritativas y filantrópicas –hoy ONGs con profesionales y voluntarios-. Capilla y Villadóniga enlazan esta idea con la que Concepción Arenal plantea en el Manual de “El Visitador del Pobre”: una sociedad sin ayudadores se deshumaniza, se vuelve violenta y cruel. El dolor como algo inherente al ser humano debe llevar el compañero inseparable con el que se hace rentable la condición humana, nos referimos al consuelo de un semejante. Si el binomio dolor-consuelo no se armoniza, no sólo el hombre se deteriora, también la sociedad. La conducta de ayuda debe producirse en una sociedad y debe tener difusión, los que pueden ayudar deben disponer de espacios sociales para hacerlo y los que necesitan la ayuda de otros, deben ser puestos en relación con sus ayudadores. (Capilla y Villadóniga, 2004, p. 167)

Continuando con la reflexión de Arenal recogido en el artículo de Capilla y Villadóniga (2004, p. 167), “los profesionales de la ayuda no sólo debemos producir la acción de ayudar, debemos también ser buscadores y estimuladores de la ayuda dentro de la sociedad. El esfuerzo invertido en este último sentido, será el más eficaz, dentro de

una sociedad. La puesta en relación de sujetos para un intercambio beneficioso entre ellos, es el gran cometido del Trabajo Social de hoy”.

Obra parecida en su estructura y contenido es “El visitador del preso” que indaga sobre la actitud del visitador, la forma de comunicar, la manera de aconsejar y recuerda el deber del visitador de procurar la adaptación y la resignación de preso; también recoge los conceptos de delito, delincuente, arrepentimiento y enmienda. (Capilla y Villadóniga, 2004).

Bernabéu y Gascon, (1999), escribieron: “La aportación de Concepción Arenal hay que contextualizarla en el marco de las iniciativas filantrópicas, sin duda, una de las pocas oportunidades de las que gozaban, en el siglo XIX las mujeres de clase media/alta para desarrollar actividades fuera del hogar. Excluidas de la educación intelectual formal, de la política y del trabajo remunerado, este colectivo de mujeres pudo, a través de la filantropía, desarrollar habilidades, ejercitar poder y hacer un trabajo que les permitía sentirse útiles” (p. 18)

A modo de conclusión, y teniendo en cuenta la reflexión de Carmen Ruidíaz García (2008), “Concepción Arenal ilumina el siglo XIX español. Su pensamiento, enraizado en la Ilustración y en las filtraciones del doctrinarismo francés, se fue alimentando de las más diversas tendencias internacionales del reformismo liberal. La coherencia intelectual de Concepción Arenal es muy profunda. Existen principios que no varían a lo largo de su vida: la confianza en la Razón, la búsqueda de una moral natural y activa, la sensibilidad humanitaria. Estas actitudes de conocimiento y comportamiento se fueron contrastando mientras se materializaba la revolución liberal en España” (p. 63-64).

Gibertz, 1970, citado por Pomar (2008), señala: “La etapa del Trabajo social es, desde un punto de vista teórico más global y atención universalista. La atención la centra, desde el objeto del Trabajo Social, la interrelación problemática con su medio. Se desarrolla el Estado de Bienestar desde la II Guerra Mundial que busca asegurar los derechos sociales a todos sus miembros a través de la intervención del Estado, y

conlleve la extensión y universalización de los Servicios Sociales en cuanto consolidación de su carácter de sistema público y producirá la funcionalización de los profesionales” (p. 27).

El término Trabajo Social es utilizado por primera vez en nuestro país por el Ministro Segismundo Moret en la Ley de Comisión de Reformas Sociales del año 1883; la profesora Molina (1994, p. 42) señala que “parecerá tal vez a primera vista que lo más sencillo sea legislar sobre la materia, sometiendo a las Cortes los proyectos y fórmulas que de alguna manera saliesen al encuentro de los males conocidos; no lo entiende así el ministro que suscribe, sino que cree que el mejor medio es abrir el campo del Trabajo Social, que ha de preceder a los legisladores”. Con esto, se establece la figura del profesional como mediador entre Estado y las clases necesitadas.

### **1.3. Objeto del Trabajo Social**

“Todas las profesiones de ayuda se inician como una respuesta a la insatisfacción de necesidades humanas. Estas formas de ayuda profesional emergen cuando las personas que experimentan algún sufrimiento o un desarrollo insuficiente de algún aspecto de su vida, no encuentran en las redes naturales de ayuda una respuesta adecuada a sus necesidades. Médicos, maestros y otros grupos profesionales inician su aparición y reciben la aprobación social cuando desempeñan funciones específicas de ayuda. (Aguilar, 2013, p. 24).

Brill, 1985, citado por Aguilar (2013) recoge: “que la gente tiene dos necesidades fundamentales: La primera es poseer seguridad (...), y la segunda es experimentar el crecimiento para alcanzar la madurez desarrollando el máximo potencial de uno mismo. Quizás una descripción más precisa de necesidades enfoca más adecuadamente la emergencia de las profesiones de ayuda. Entre las muchas que hoy existen:

- Necesidades físicas: Funcionamiento de las estructuras físicas y los procesos orgánicos del cuerpo (Medicina y Enfermería).
- Necesidades emocionales: Sentimientos o aspectos afectivos de la conciencia que son experimentados subjetivamente (Psicología).
- Necesidades intelectuales: Capacidad para un pensamiento ilustrado, racional e inteligente (Educación).
- Necesidades espirituales: Deseo de significación en la vida que trascienda la propia vida en la Tierra (Religión).
- Necesidades sociales: Capacidad para establecer relaciones satisfactorias con otros (Trabajo Social). (p. 24).

“En el ámbito del Trabajo Social, y siempre a partir de la práctica profesional de ayuda, todas las cuestiones relativas al objeto de estudio e intervención se han planteado en torno a las necesidades y sus satisfacción, habiéndose realizado interesantes aportaciones al respecto”. (Aguilar, 2013, p. 25).

De la Red (1993) realiza una primera definición del objeto del Trabajo Social como “centrado en el hombre y, en relación a él, en las formas de previsión y control del comportamiento humano para adaptarlo a la sociedad dentro de la cual se desenvuelve. El hombre era el objeto, en tanto en él concurrían problemas sociales, y el objetivo se centraba en paliar las disfunciones sociales”.

“En España, la idea de satisfacer las necesidades, vinculada o no con la solución de problemas se extiende de forma generalizada entre el cuerpo profesional más tardíamente que en otros países de nuestro entorno, a través de la difusión del libro “Introducción al bienestar social”, de Las Heras y Cortajarena (1979). Esta obra, considerada por la mayoría de los profesionales de esos años como “la” obra de referencia del Trabajo Social español...” (Aguilar, 2013:28). Aguilar opina que una de las propuestas centrales del libro –la vinculación permanente entre necesidades y recursos, ha condenado a la mayoría de los profesionales del Trabajo Social en el sistema público de servicios sociales a intervenciones asistenciales y paliativas como menos aplicadores y gestores de recursos de las demandas de la población atendida.

Pomar (2008), en las conclusiones de su tesis confirma que “se asiste a un progresivo aumento del papel de gestor de prestaciones y servicios que se exige socialmente a los profesionales; y este papel supondría más un rol de control social, que de potenciador de las personas que a ellos acuden”, y atestigua que “a nivel macrosocial, sí podría entenderse dicha atribución y ese encasillamiento en el papel de controlador, mientras que cuando se desciende a un plano particular, y más en especial, a los que han tenido experiencia directa de relación con los trabajadores sociales se aprecia una mayor importancia, otorgada por los usuarios, a la relación de ayuda brindada por los trabajadores sociales” (p. 375-376).

Aguilar considera que la concepción del objeto de intervención profesional es cuestionable, ya que concibe la actuación profesional únicamente dentro del binomio necesidades-recursos, lo que reduce enormemente las posibilidades de ayuda y atención social propias del Trabajo Social, y recoge la opinión de otros autores (Zamanillo, 1999) quienes han criticado el hecho de que dichos conceptos sean referentes empíricos y descriptivos y no teóricos y analíticos. “El objeto definido en torno al concepto de necesidades sociales es más propio de la materia de servicios sociales, mientras que el Trabajo Social, por su parte, es una disciplina que abarca muchos más aspectos que el de la política social” (...) En 1984, Porcel y Rubiol “comenzaron a rehusar la definición que pone énfasis en relacionar las necesidades con los recursos aplicables a las mismas, fundamentando la acción del Trabajo Social en un proceso socioeducativo que ya se encuentra en Mary Richmond” (Zamanillo, 1999, p. 13-32).

Aguilar (2013), entendiendo el objeto como la parte de la realidad social en que se focaliza la acción de una determinada ciencia o disciplina, y considerando todas las reflexiones críticas precedentes, propone como definición del objeto del Trabajo Social la siguiente: “El objeto de intervención del Trabajo Social es la interacción entre el sujeto en situación de necesidad y/o en situación-problema y su entorno social. Este sujeto (que puede ser individual o colectivo, y busca desarrollar su potencial humano y

social) debe ser siempre estudiado, comprendido y tratado en su situación de necesidad y/o en su situación-problema o de cambio. Tanto el sujeto-en-su-situación, como el entorno, han de ser entendidos como sistemas relacionales inter-retro-actantes que intentan dar respuesta a las necesidades y problemas (los que, a su vez, han de ser aprehendidos en su carácter sistémico)” (p. 53).

#### **1.4. Objetivos del Trabajo Social**

Siguiendo la obra de Aguilar (2013) hace un recorrido por diferentes formulaciones, que arrancan en algunas vagas y generales como: promoción humana, desarrollo social, mejoramiento social, promoción social, etc..., las cuales no comparte por no ser precisas y no ayudar a esclarecer los fines del Trabajo Social.

Otros autores, como Natividad de la Red (1993), consideran que el objetivo del Trabajo Social es “la facilitación del acceso a los recursos de los individuos-grupos-comunidades que plantean demandas o carencias socialmente reconocidas de responsabilidad pública”

Casado y Guillén, 2001, citados por Aguilar (2013), identifican cuatro grandes objetivos tácticos:

1.- Asistencia: Con técnicas de información y orientación, ayuda psicológica y psicosocial, asesoramiento, seguimiento o acompañamiento de apoyo y mediación social.

2.- Rehabilitación e integración: Como objetivo de orientación regeneracionista (intento de recuperación de cualidades o capacidades perdidas) por la que se exploran y activan las potencialidades subsistentes en una situación inicialmente negativa. También se consideran bajo esta denominación las acciones “habilitadoras”, que se dirigen a personas y colectivos en situación de retraso y/o desventaja. Este tipo de intervención ha de ser necesariamente interdisciplinar.



3.- Prevención: El propósito es evitar o reducir la aparición, agravamiento o extensión de problemas sociales que pueden ser atendidos, corregidos, atenuados o resueltos mediante acciones propias del Trabajo Social o por la prestación de determinados servicios.

4.- Accesibilidad: Este objetivo está integrado por medidas de evitación o supresión de barreras tanto físicas (en los espacios públicos y privados) como sociales (adaptaciones curriculares, creación de empresas de inserción y otras formas de empleo, etc...) (p. 58-59).

Aguilar (2013) destaca la formulación que realiza E. Bianchi, 1994: “el objetivo general del Trabajo Social es dar respuesta a situaciones de necesidad y a problemas que nacen en las relaciones entre personas y organización social, respetando y promoviendo la autonomía y responsabilidad de los usuarios, mediante la utilización personalizada de los recursos institucionales y sociales, y la promoción de recursos personales, ambientales e institucionales adecuados” (p. 61).

Y como objetivos específicos del Trabajo Social –como profesión de ayuda- Dal Pra, 1987, citado por Aguilar (2013) señala:

1.- Crear, mediante un proceso de ayuda las relaciones más adecuadas entre las necesidades y los recursos personales, ambientales-familiares y sociales; activando el sistema de ayuda en torno al problema del individuo, grupo o colectividad.

2.- Ayudar a las personas a desarrollar sus propias capacidades para afrontar sus problemas con responsabilidad y autonomía.

3.- Ayudar a la comunidad a identificar sus propias necesidades, a activar las redes de solidaridad naturales, los procesos de participación y el voluntariado organizado.

4.- Proyectar, organizar y gestionar, en el marco del servicio en que esté inserto, los servicios y los recursos.

5.- Identificar, estudiar y analizar los problemas colectivos. (p. 61-62).

Lázaro et al. (2010) señalan que “el Trabajo Social es una profesión de ayuda cuyo objetivo es atender a las personas que atraviesan situaciones difíciles que van desde la desorientación o desinformación a la marginación o a la exclusión social” (p. 19).

Continúan, estos autores, señalando, que “los trabajadores sociales apoyan a las personas, acompañándolas y orientándolas en la solución de sus problemas, trabajando en todo momento con ellas y no simplemente para ellas. La implicación del interesado es clave para encontrar una salida plausible a las circunstancias que le agobian. La comunicación interpersonal, la aceptación y el respeto del otro, el clima de confianza,... son elementos fundamentales en los que se apoya la actividad profesional” (p. 20).

De la Red (1993) considera que “el objetivo general del Trabajo Social se sitúa en un proceso que, desde el respeto y la promoción de la autonomía y ambientando los recursos personales, del contexto e institucionales, se orienta hacia la facilitación del acceso a los recursos de los individuos-grupos-comunidades que plantean demandas o carencias socialmente reconocidas de responsabilidad pública”.

Esta autora indica que para el logro de este objetivo general el trabajador social:

- Participa en el diseño y ejecución de la Política Social y en la ejecución de la misma, desde las instituciones de servicios en que se sitúe.
- Interviene en la articulación deseable entre demanda-necesidades, recursos humanos y sociales.
- Colabora en las condiciones adecuadas para que individuos, grupos y comunidad participen como protagonistas de la realidad social.

- Interviene en las causas y efectos que produce la dinámica social para la eficaz respuesta a necesidades humanas y sociales.
- Colabora en el potenciamiento y coordinación de recursos humanos.

El cumplimiento del objetivo del Trabajo Social abarca un acercamiento a la realidad social de los individuos, grupos y comunidades y genera una dinámica de accesibilidad facilitadora a los recursos de la sociedad con el fin de obtener el bienestar social.

Es necesario que, como escribe Bianchi, 1988, citado por De la Red (1993), los objetivos deben concretarse en una actividad profesional caracterizada por:

- 1.- Centralidad del proceso de ayuda al usuario mediante la relación interpersonal-profesional.
- 2.- Trabajo desde las instituciones para la promoción de servicios personales.
- 3.- Trabajo con grupos para la promoción de redes sociales y de sujetos colectivos que se sitúen como interlocutores con las instituciones.

A modo de objetivos, en el quehacer del Trabajo Social, Natividad de la Red (1993) concreta:

- El desarrollo de los recursos personales, de grupos o comunitario (locales).
- El facilitar y mejorar el sistema de relaciones;
- El favorecer el desarrollo del sistema de recursos asistenciales, comunitarios e institucionales (p. 9-10).

### **1.5. Las Funciones del Trabajo Social**

En toda profesión es necesario recoger una serie de elementos que permitan entender y comprender los fenómenos que allí ocurren.

Rubí, 1990, citado por Aguilar (2013) hace un repaso histórico acerca de la consideración de las funciones en Trabajo Social, y se detiene en la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, que en su Asamblea General de 1976, celebrada en Puerto Rico, señaló que las funciones del Trabajo Social consisten en:

- Ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades para poder resolver los problemas sociales.
- Promover la facultad de elección y adaptación y de desarrollo de las personas.
- Abogar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas, o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes. (p. 62).

Con una perspectiva humanista, la misma autora (2013) recoge de Boeglin (1978) que el objetivo del Trabajo Social es “la humanización del hombre y la socialización de las relaciones humanas” y detalla las siguientes funciones:

- Apoyo: para que el hombre pueda estar en equilibrio con la sociedad.
- Mediación, entre las personas y las unidades sociales.
- Denuncia, de situaciones injustas.
- Defensa, de los derechos humanos.
- Presión, sobre las personas y autoridades, para mejorar las relaciones sociales y la participación comunitaria. (p. 62).

Desde hace algún tiempo, en los años 70, Las Heras y Cortajarena (1979, p. 174) consideran que la sociedad moderna es una sociedad muy compleja, con una red tupidísima de relaciones en que todas las partes (personas, situaciones, sistemas) están interconexas e intercomunicadas. Es decir, en cuanto que el quehacer de cada cual (individuo o grupo) depende del de unos y prepara el de otros.

A nivel humano-social, son las donaciones de vida y de convivencia las que establecen el marco de esas relaciones, pero este marco está fragmentado y seccionado, en cuanto a la atención de las necesidades sociales de los ciudadanos. Por ello, se necesitan instancias unitarias entre las diversas esferas de la vida ciudadana, para que

la interconexión objetiva señalada encuentre su cauce en la misma vida de la comunidad.

Y, según Las Heras y Cortajarena (1979), es aquí donde se inserta la función básica del asistente social: (...) Es preciso una profesión cuya función básica sea coordinar y globalizar estas necesidades, situándolas en el marco general de las condiciones de vida y de convivencia, es decir, en el marco de una política de Bienestar Social. Se trata de una profesión-encrucijada, que sirve de punto de encuentro a las otras profesiones sociales, y traza un cauce común para evitar la deshumanización que lleva consigo el tratamiento unilateral de los problemas y la compartimentalización del hombre y de la sociedad. El asistente social los une en un diagnóstico y tratamiento de conjunto. Y ésta es precisamente la función básica de la profesión (p. 175).

Ya en el Congreso Nacional de Asistentes Sociales, el sociólogo Salvador Giner (1968), decía: “El Trabajo Social padece en España de un mal (que lo agobia también en el extranjero): el de la falta de profesionalidad suficiente. Pero en vuestro caso el problema es de suma gravedad. Ni las autoridades ni el público saben exactamente cuál es la función del Trabajo Social y de sus practicantes...”, y sin embargo, el mismo autor consideraba que la coyuntura actual requiere más que nunca el recurso profesional de los trabajadores sociales (p. 33).

A su vez, Luis González Seara (1976), en el III Congreso Nacional de Asistentes Sociales, afirmaba: “Yo pienso que el Trabajo Social se ha desarrollado como una profesión exigida por la amplia gama de servicios que corresponden a un estado de bienestar social...”. En otro momento, añade, “los trabajadores sociales son unos profesionales que la sociedad industrial ha hecho necesarios, pero sólo lo serán en la medida en que sean profesionales capacitados para resolver los problemas que se les asignan y que pueden ser varios” (p. 76).

Ander-Egg (1985) considera las funciones de los trabajadores sociales de dos categorías:

a). Como implementadores de Políticas Sociales, desarrollando su acción dentro de los servicios y programas, públicos y privados, que se orientan a la mejora del Bienestar Social y que se cumplan los derechos sociales de todos los ciudadanos. La acción puede ser preventiva, asistencial o de rehabilitación.

b). Como educadores sociales informales, desarrollando el trabajo de grupos, individuos y comunidades, y dinamizando la participación y el autodesarrollo.

Werner, citado por De la Red (1993), señala las actividades del profesional en tres grupos:

1. Satisfacción de necesidades del individuo y de la sociedad.
2. Restaurar las capacidades disminuidas futuras.
3. Prevenir las eventuales disfunciones.

Y como funciones específicas del Trabajo Social:

- Restaurar las relaciones sociales a un nivel óptimo.
- Proveer de recursos para promover, mejorar y facilitar el proceso de interacción.
- Prevenir los problemas relacionados con la interacción social. (p. 153).

Ander-Egg (1991) a su vez, enumera las siguientes funciones del Trabajo Social, partiendo de lo que considera que hacen los trabajadores sociales más que de lo que según él debería hacer:

- Consultor-asesor-orientador-consejero social.
- Proveedor de servicios sociales.
- Informador-agente de remisión de recursos y servicios.
- Gestor-intermediario entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades.
- Investigador y diagnosticador de problemas sociales.

- Identificador de situaciones –problemas y recursos.
- Planificador/programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida.
- Administrador de programas y servicios sociales.
- Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos, materiales y financieros.
- Ejecutor de programas y proyectos sociales y actividades de atención, ayuda y apoyo.
- Evaluador de necesidades, servicios y programas de su propia intervención social.
- Reformador de instituciones-activista social.
- Educador social informal.
- Animador-facilitador-movilizador-concientizador. (p. 128-129).

De la Red indica que al trabajador social se le exige el desarrollo simultáneo de tres tipos de funciones:

- Administrativas, desde una teoría moderna de la Administración.
- Burocráticas, para la realización de gestiones organizativas.
- Políticas, para la participación en el proceso de negociaciones y compromisos.

Espelund (1988), considera que las dos primeras son más conceptuales y profesionales, y la tercera se relaciona más con la distribución de los recursos, según la moral y los valores establecidos. (p. 35-36).

Recogiendo las actividades, las funciones y los objetivos del Trabajo Social comentadas anteriormente se pueden condensar en la siguiente tabla:

<b>Tabla 1.1.: ACTIVIDADES, FUNCIONES Y OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL</b>		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNCIONES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción de necesidades del individuo y de la sociedad.</li> <li>• Restaurar las capacidades disminuidas futuras.</li> <li>• Prevenir las eventuales disfunciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurar las relaciones sociales a un nivel óptimo.</li> <li>• Proveer de recursos para promover, mejorar y facilitar el proceso de interacción.</li> <li>• Prevenir los problemas relacionados con la interacción social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El desarrollo de los recursos personales, de grupos o comunitario (locales).</li> <li>• El facilitar y mejorar el sistema de relaciones.</li> <li>• El favorecer el desarrollo del sistema de recursos asistenciales, comunitarios e institucionales.</li> </ul>

**Fuente: Natividad de la Red, 1993.**

## 1.6. Definición de Trabajo Social

En este apartado se pretende hacer un recorrido por diferentes autores que buscan una definición para el Trabajo Social.

García y Melián (1993, p. 91) siguen un orden cronológico y desarrollan una descripción de alguna definición del Trabajo Social:

La primera denominación con que se cuenta es la de Asistencia Social, concepto y definición que surge de la necesidad de ayuda a individuos, grupos y comunidades, en la resolución de sus necesidades. Hacía mayor hincapié en las potencialidades de los individuos y en los recursos de la sociedad, para satisfacerlas, atendiendo a los problemas que les planteaban.

La segunda denominación utilizada, tras el asentamiento de la profesión –y su consolidación–, ha sido la de Servicio Social. Kisnerman, 1968, citado por García y Melián (1993), lo define como: “Conjunto de actividades múltiples que conducen a



obtener el bienestar económico y social de los individuos, apoyando la acción en los recursos propios de cada individuo y en la comprensión y reconocimiento que, de sus problemas, logre cada cual” (p. 91).

Otra denominación, es la utilizada por los países anglosajones con el vocablo “Social Work” para definir Trabajo Social y Social Worker para el Trabajador Social. En contraposición, los países de influencia católico/iberoamericana siguen aplicando los conceptos de Servicio Social (disciplina) y Asistente Social (profesional). Cuando esta polémica está superada, en casi todas partes, se dan anécdotas curiosas/lamentables como la España, donde en 1979 ciertas “autoras de prestigio” aún seguían confundiendo Servicios Sociales (conjunto de recursos) con Trabajo Social (disciplina), por supuesto tales criterios aún son mantenidos / aplicados por la formación política a la que pertenecían.

Es a partir de la década de los 60 cuando se empiezan a formular las primeras definiciones integradoras con contenido adecuado. Es el enfoque reconceptualizador el que define al Trabajo Social:

“Disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los individuos asuman una acción organizada, tanto preventiva como transformadora, que los supere” (García y Melián, 1993, p. 91-92).

García y Melián (1993, p. 94) consideran el objeto del Trabajo Social (entendiendo como objeto aquello que una disciplina estudia), como las situaciones problemáticas generadas por las carencias de recursos y las Necesidades Sociales. Pero también, el Trabajo Social, como las Ciencias Sociales afines y básicas a este, no llega a explicarlo suficientemente. Y no puede explicar esa realidad social, mediatizado como está. (...). Nuestra propuesta, continúan indicando estos autores, es la de un Trabajo Social como Ciencia con una visión integradora que rompa, a su vez, con la concepción tradicional de objeto de conocimiento como patrimonio de una ciencia social particular.

Estos autores (García y Melián, 1993, p. 145) concluyen que “el Trabajo Social es una Ingeniería Social, que emite unos modelos de acción para transformar la realidad social y que lo hace de forma controlada. En un primer nivel esta transformación va dirigida a las personas y sistemas humanos más desfavorecidos socialmente. En un segundo nivel se dirige a los sectores que necesiten de su cobertura, para satisfacer una serie de necesidades específicas que, de no reducirse, disminuyen ostensiblemente sus niveles de calidad de vida y bienestar. Estos vienen determinados en los fines de la Política Social, sin perder de vista los intereses legítimos de la población beneficiaria y contando con su cooperación y colaboración; es decir, con su participación en mutuo “feed-back”, a la hora de conseguir los fines.”

Atendiendo al trabajo realizado por Ander-Egg (1992, p. 161) hace una clasificación de las definiciones según consideran al Trabajo Social como:

- Actividad.
- Profesión o quehacer profesional.
- Proceso.
- Servicio.
- Tecnología social.

Se detallan cinco definiciones de Trabajo Social como **actividad**:

“El Trabajo Social pretende elevar el funcionamiento social de los individuos, singularmente y en grupos, por medio de actividades concertadas en sus relaciones sociales que constituyen la interacción entre el hombre y su entorno. Estas actividades pueden ser agrupadas en tres funciones: restauración de la capacidad deteriorada, provisión de recursos individuales y sociales, y prevención de la disfunción social”. (Werner Boehm, “Objetives for the Social Work Curriculum of the Future”, en W.W. Boehm (ed.), Social Work Curriculum Study (13 vols.), vol. 1, Nueva York, Council on Social Work Education, 1959.).

“El Trabajo Social es una actividad ideada para ayudar a un mejor ajustamiento mutuo de los individuos y de su entorno social”. (Naciones Unidas, The Development of National Social Service Programmes, Nueva York, 1960).

“El Servicio Social es el conjunto de actividades conducentes a obtener el bienestar económico y social de seres humanos, apoyando toda acción en los recursos propios de cada individuo y en la comprensión y reconocimiento que de sus problemas logre cada cual. Esta forma de actuar se fundamenta en el convencimiento de que la verdadera felicidad se encuentra en la efectividad del esfuerzo personal y voluntario”. (Valentina Maidagán de Ugarte, Manual de Servicio Social, Buenos Aires, Instituto de Servicio Social, 1960).

“... defínese al Servicio Social como la actividad destinada a promover el bienestar social mediante el diagnóstico, tratamiento y prevención de los desajustes socio-económico-culturales de los individuos, grupos y comunidades, como también la organización y administración de servicios de bienestar social, la investigación social y política social” (Ley 259/64 de la Provincia de Misiones, Argentina).

“Actividad profesional del diplomado de Trabajo Social o asistencia social dirigida a personas, grupos y comunidades para ayudarles a tener conciencia crítica de su realidad y a hacer frente a situaciones conflictivas y carenciales. Consiste en analizar, sintetizar e interpretar las causas que las producen y los elementos que intervienen en ellas y formular programas de acción conjuntamente con las personas y grupos afectados con otros profesionales”. (Gloria Rubiol, 1981).

Aguilar (2013, p. 87) considera al Trabajo Social como actividad de ayuda o promoción de individuos, familias, grupos y comunidades: en esta categoría se pueden ubicar definiciones conservadoras o funcionalistas como ha quedado mencionado en el análisis de Ander Egg.

López (1992, p. 143) considera que “el Trabajo Social es la etapa última a la que ha llegado lo que empezó siendo Asistencia Social con un marcado carácter asistencialista, caritativo y reparador, después se constituyó como Servicio Social con un enfoque tecnocrático y aséptico y desembocó en lo que hoy se denomina Trabajo Social”.

Carmen Rubí (1990) recoge unos elementos que consideran básicos para establecer una definición del Trabajo Social:

“1.- El Trabajo Social es una actividad llevada a cabo bajo una óptica concreta: la intervención social, es decir, una acción organizada y desarrollada intencionalmente para modificar unas situaciones sociales consideradas como no deseadas y en orden a mejorar la calidad de vida, la autonomía y la solidaridad.

2.- Esta actividad profesional se operativiza en el ámbito de la Política Social, de la Acción Social y los Servicios Sociales, dando respuesta a un área específica de necesidades y problemas sociales, bajo un enfoque integrado y globalizador.

3.- Esta actividad, en el proceso hacia el mejoramiento y modernización de las estructuras e instituciones de la sociedad, promueve la participación de los individuos y grupos, estimulando y fomentando el establecimiento de relaciones conscientes y solidarias” (p. 15-16).

El Trabajo Social como **profesión** o quehacer profesional:

“Ocupación profesional que ha aparecido en tiempos muy recientes, aunque el afán de prestar un servicio social, de socorrer a los necesitados, es mucho más antiguo y universal... se trata de una profesión que se encuentra todavía en su infancia, cuya potencialidad y cuyas tareas se extienden más allá de los límites de las posibilidades actuales, ya se trate del trabajo con individuos, con grupos o con comunidades” (Naciones Unidas, III Estudio internacional sobre Formación para el Servicio Social, 1958).

“El Trabajo Social es un servicio profesional, basado en el conocimiento científico y en la destreza en las relaciones humanas, que ayuda a los individuos, solos o en grupos, a obtener satisfacción social y personal e independencia. Es usualmente prestado por una agencia social o por una organización conexas” (Walter, A. Fridlander, Introduction to Social Welfare, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, Inc., 1968, 3ª ed.).

“El Trabajo Social es una profesión que se plantea influir sobre determinadas situaciones problemáticas, utilizando determinadas técnicas, para producir un cambio” (Teresa Porzwanski, Lógica y relato en Trabajo Social, Buenos Aires, Hvmánitas, 1973).

Como también menciona Aguilar (2013), “una profesión, es decir, un grupo profesional reconocido, legitimado socialmente y autorizado por los poderes públicos, con expectativas y fines sociales. Con este alcance se emplea la expresión para hacer referencia a un colectivo o cuerpo profesional (los trabajadores sociales).” (p. 86).

El Trabajo Social como **proceso**:

Según Anger-Egg no ha encontrado definiciones de Norberto Alayón ni en su fichero personal, ningún autor latinoamericano que defina el Trabajo Social como proceso. Se incluyen definiciones de otros autores:

“El Trabajo Social es el proceso de ayudar a la gente, con el auxilio de servicios sociales apropiados, a resolver o mitigar la amplia gama de problemas personales y sociales, que son incapaces de resolver satisfactoriamente sin tal ayuda”. (Younshusband Report, 1959).

“El término Trabajo Social (sirve) para denotar los procesos utilizados por las agencias de bienestar para ayudar a los individuos, los grupos o las comunidades a habérselas más efectivamente con sus problemas de funcionamiento social” (Peter Leonard, Sociology in Social Work, Londres, 1966).

“El Trabajo Social se define como un proceso de ayuda, ideado para auxiliar al individuo, al grupo o a la comunidad en el cambio de actitud y comportamiento dentro de una particular situación social... El propósito del Trabajo Social es facilitar el funcionamiento del individuo, del grupo o de la comunidad”. (Harleigh Trecker, Social Group Work. Principles and Practices, Nueva York, 1922).

#### El Trabajo Social como **servicio**:

En un conocido trabajo sobre la historia del “social work” se define el Trabajo Social como servicio.

“El Trabajo Social es un servicio que ayuda o facilita a un individuo, a un grupo o a una comunidad”. (Louis Towley, Trends in Social Work 1874-1956. A History Bases on the Proceedings of the National Conference of Social Work, Nueva York, Columbia University, 1964).

#### El Trabajo Social como **tecnología social**:

“Se identifica al Trabajo Social como una tecnología social porque aplica los conocimientos de las ciencias sociales a la realidad con el fin de transformarla y, al enfocar científicamente los problemas prácticos, va haciendo surgir nuevos conocimientos que, a su vez, son un aporte a las ciencias sociales” (N Aylwin y V. Rodríguez, Qué es el Trabajo Social en la actual perspectiva histórica chilena. Santiago, 1971).

“Siendo el Servicio Social una tecnología, su tarea fundamental es la intervención para intentar la modificación o la supresión de los factores que entorpecen el desarrollo de los seres humanos, reviniendo, además las situaciones que llevarían a esos problemas”. (Ana Ottenberger. El Trabajador Social como elemento de cambio en la práctica de la profesión. México, 1974).

“El Trabajo Social dentro de la división social del trabajo se considera una técnica social que interviene en instituciones que ponen en marcha políticas sociales. La profesión de Trabajo Social es una tecnología social que asimila los contenidos de las ciencias sociales, y su finalidad es materializar las Políticas Sociales. Pone en marcha políticas y programas de bienestar y desarrollo social” (F. Rubio, J. Valenzuela y A. Marín. Política Social, componentes teóricos y estructuración académica en unidades docentes de Trabajo Social en Colombia, Bogotá, 1979).

Según Hill (1982), “el tipo de definición que al parecer predomina en la actividad entre los Trabajadores Sociales, sería “El Servicio Social consiste en ciertos procesos sociales aplicados a individuos, grupos y comunidades”; sería una función social, mencionándose objetivos o motivos, y tratando de definir al Servicio Social de acuerdo con lo que los Asistentes Sociales hacen. Es decir, tendríamos aquí una típica definición tomada del modelo “científico”, refiriéndose al método (aunque en forma imprecisa) y al objeto de estudio o sujeto de operación.” (p. 15).

Hill (1982) recoge que la concepción genérica del Servicio Social como **“arte”** parte de Mary Richmond (“el arte de hacer diferentes cosas para diferentes personas y con ellas...”), y retomada por otros autores como Struop, 1960, citado por Hill (1982): “Servicio Social es el arte de utilizar diversos recursos para sobrellevar necesidades de individuos, grupos y comunidades, mediante la aplicación de un método científico de ayudar a las personas a que se ayuden a sí mismas” (p. 15).

Bowers, 1950, citado por Hill (1982) hace un recorrido por más de treinta definiciones recogidas por asistentes sociales con el fin de concretar la naturaleza de la actividad que estaban realizando y concluye expresando que en el Servicio Social, considerado genéricamente, constituye un arte, ya que con esta connotación se incluye a todos los demás elementos que se han utilizado para tratar de definirlo: método, proceso, ciencia social aplicada, tratamiento. El Servicio Social tiene un método y un proceso terapéuticamente orientados; aplica los hallazgos de una ciencia a la cual también contribuye. Clasificarlo como uno de ellos es desmembrarlo. Como arte sincretiza

todos y algo más: una adaptabilidad en el servicio de su instancia única e individual. Un arte, como una ciencia aplicada, está interesado en el hacer, pero también en el conocer, ya que extrae conocimientos de una ciencia. (p. 16-17).

Bleger, 1966, también citado por Hill (1982) considera que la práctica no es una derivación subalterna de la ciencia, sino su núcleo o centro vital; y la investigación científica no tiene lugar por encima o fuera de la práctica, sino dentro del curso de la misma. Bleger señala que “cuando se habla de investigación tenemos todavía en gran medida el modelo del investigador experimental de las ciencias humanas, y nosotros olvidamos que indagación acción son inseparables, enriqueciéndose ambas en el proceso de una praxis. Esto no constituye simplemente una manifestación de deseos, sino una condición fundamental para operar correctamente. La acción debe ser precedida de una investigación, pero la investigación misma es ya una acción sobre el objeto que se indaga”. (p. 26).

Friedlander (1985, p. 4) define “la “Asistencia Social” como el sistema organizado de servicios e instituciones sociales, destinados a ayudar a las personas y a los grupos a alcanzar niveles satisfactorios de vida y de salud, y las relaciones personales y sociales que les permitan desarrollar al máximo su capacidad natural y a fomentar su bienestar, en armonía con las necesidades de su familia y de la comunidad”.

Con respecto al término “trabajo y obra social” es un servicio profesional, basado en conocimientos y pericia científicos en cuanto a las relaciones humanas, que ayuda a los individuos, solos o en grupo, a obtener satisfacción e independencia social y personal. Es un trabajo generalmente desempeñado por un órgano social o una organización semejante.

Para Friedlander el concepto de “asistencia social” tiene un significado más amplio que el de Trabajo Social y profesional. Finalmente, la denominación “servicios sociales” se usa con frecuencia en un sentido general; Friedlander cita a Harry M. Cassidy que lo define como “las actividades organizadas que están destinadas primordial y directamente a la conservación, la protección y el mejoramiento de los recursos



humanos” y considera como servicios sociales: la asistencia social, el seguro social, la protección a la infancia, las medidas correccionales, la higiene mental, la salubridad pública, la educación, la protección en el trabajo, el recreo y la vivienda.

Friedlander (1985) recoge una definición de “Trabajo Social” del autor W. Boehm (1959) que dice: “El Trabajo Social trata de realzar el funcionamiento social de los individuos, sea por ellos mismos o en grupos, por medio de actividades enfocadas sobre sus relaciones sociales, que constituyen la interacción entre el hombre y su medio ambiente. Estas actividades pueden agruparse en tres funciones: la restauración de la capacidad deteriorada o perdida, la provisión de recursos sociales e individuales, y la prevención de la parálisis social” (p. 5).

Destacar la definición que también recoge Friedlander (1985) propuesta por el Secretario de las Naciones Unidas (1960): “El Trabajo Social es una actividad destinada a contribuir a una mejor adaptación entre los individuos y su medio ambiente social” (p. 5).

“El Trabajo Social es tanto una ciencia como un arte, y se lleva a cabo en seis formas diferentes, basadas en un núcleo común de conocimientos y pericias que llamaremos “Trabajo Social genérico”. Los seis procesos de trabajo son: 1) Trabajo de Investigación Social, que ayuda al individuo particular a mejorar sus relaciones sociales y a efectuar una adaptación social que le permita llevar una vida útil y satisfactoria; 2) Trabajo Social de Grupo, que ayuda a las personas a participar en las actividades de un grupo, buscando su desarrollo intelectual, emocional y físico, y el logro de metas que la sociedad considera deseables; 3) Organización de la Comunidad, el proceso de planificar y llevar a cabo servicios sociales para satisfacer las necesidades de salud y bienestar de una comunidad o de una unidad mayor; 4) Administración de la Asistencia Social, el proceso de organizar y dirigir un organismo social; 5) Investigación sobre Beneficencia Social, averiguaciones hechas para comprobar la validez de la estructura en los métodos de Trabajo Social y 6) Acción Social, el proceso seguido por medio de grupos organizados para resolver problemas sociales generales y perseguir objetivos

de beneficencia social, por el progreso legislativo, social, sanitario o económico” (Friedlander, 1985, p. 6-7).

“El Trabajo Social ha extraído sus conocimientos y sus ideas de la ciencia política, la psicología, la sociología, la economía, la medicina, la psiquiatría, la antropología, la biología, la historia, la educación, y la filosofía, pero, por síntesis, se ha convertido en una ciencia por sus propios méritos. Como profesión, el Trabajo Social depende del conjunto de conocimientos basados sobre estas otras ciencias sociales, sobre la estructura específica y la función de las actividades de asistencia social, y la pericia y responsabilidad que se requiere en toda actuación profesional. Como proceso de cooperación, el Trabajo Social asiste a las personas que tienen problemas de adaptación social y emocional, y las ayuda a obtener mayor satisfacción e independencia social y personal” (Friedlander, 1985, p. 7).

Mary Richmond, 1995, citada por Barbero (2002) señala que: “La preocupación por la globalidad y la integralidad del abordaje es la consecuencia de la intervención en relaciones sociales de marginación. La fuente de especificidad del Trabajo Social procede de su interés por las relaciones sociales presentes en las situaciones personales o colectivas que atiende. A menudo se ha expresado como objetivo del Trabajo Social el desarrollo de ajustes mutuos entre sujeto/s y entorno social. El modo de aproximación del trabajador social de casos a su cometido es el estudio y la mejora de la adaptación en las relaciones sociales del hombre. Cada una de estas relaciones está provista de dos polos, uno en la mente del cliente del trabajador de casos y el otro en su entorno, es decir, en las mentes de otros seres o grupos de seres con los cuales está relacionado. Nadie podría trazar una línea recta y situar con precisión en uno de sus extremos los rasgos heredados de un hombre, y en el otro, aquellos de sus características que hayan sido producto del entorno” (p. 53-54).

“Las relaciones trabajador social-cliente son una fuente permanente de información en la interpretación del trabajador social. El comportamiento en el propio servicio social, las relaciones con el trabajador social adquieren mucha importancia explicativa; aparecen como observaciones y síntomas de la conducta que acaban por constituirse

en dato fundamental para la interpretación de la situación-problema de entrada. El Trabajo Social, es pues, un espacio social en que los trabajadores sociales observan las relaciones/interacciones” (Barbero, 2002, p. 183).

“El trabajador social, afortunadamente, cuando debe evaluar un caso no sólo valora los resultados obtenidos en relación a los objetivos, también valora la calidad de la relación, los medios y recursos sociales abocados y, sobretudo, los esfuerzos realizados profesional y personalmente (la implicación) – “es una situación de éxito porque se ha trabajado mucho”. Ello parece que impediría una visión reductiva y amplía el horizonte del éxito. Pero, también en este caso, la satisfacción se puede disolver porque los resultados sean ambiguos o por la excesiva e inadecuada valoración explicativa que se otorga a las actitudes de los clientes” (Barbero, 2002, p. 191).

“Considerar a las relaciones sociales (de marginación, exclusión, etc...) como objeto importante y específico, permite comprender, según creo, que el Trabajo Social mantiene una profunda unidad ya sea cuando trata problemas con métodos de abordaje personales como cuando lo hace con métodos de abordaje colectivos (...). Aquello legítimamente reclamable del Trabajo Social es que actúe de manera experta en torno del objeto específico de su ámbito de prácticas: que construya un buen conocimiento de situaciones sociales personales y de situaciones sociales colectivas concretas (las relaciones sociales que envuelven un “problema”) y que extienda los proyectos de intervención para reconstruir las relaciones sociales de dichas personas y colectivos. (...). El objeto a conocer en Trabajo social es una situación social que se puede operativizar en dos dimensiones: a). El conocimiento de relaciones sociales que se dan en espacios sociales externos al propio Trabajo Social; b). el conocimiento de relaciones sociales que se dan dentro del propio Trabajo Social” (Barbero, 2002, p. 142).

En la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales de Montreal, Canadá, en Julio de 2000 se aprobó la siguiente definición de Trabajo Social:

“El Trabajo Social es la disciplina de la que se deriva la actividad profesional del Trabajador Social y del Asistente Social, que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad. El Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social”.

En 2006, la FITS (Federación Internacional de Trabajadores Sociales) y la AIETS (Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social) constituyeron un Grupo de Trabajo mundial con el objetivo de trabajar en la revisión de la definición y presentar una propuesta en la Asamblea de la FITS en Hong Kong, en 2010. Sin embargo, no hubo tal reelaboración de la definición<sup>2</sup>.

La propuesta del Consejo Federal de Servicio Social (2011) plantea que los impactos de la mundialización, en el ámbito del Trabajo Social, son reveladores de la expansión y radicalización de las desigualdades sociales y económicas., resultado de los patrones internacionales de desarrollo que vienen permitiendo la existencia concomitante de la acumulación de riquezas y de la pobreza, con manifestaciones diferenciadas en las varias regiones y países. (...) El Trabajo Social se inscribe en la división social y técnica del trabajo como profesión y área de conocimiento, reconocida social e institucionalmente.

La definición planteada desde este Consejo (2011) alcanza una visión más globalizada señalando que el trabajador social (o asistente social) actúa en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado. Desarrolla un conjunto de acciones de carácter socioeducativo, que inciden en la reproducción material y social

---

<sup>2</sup> Texto Preliminar para el Workshops sobre la definición de Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS). Conselho Federal de Serviço Social. Río de Janeiro, Brasil, 13 de Agosto de 2011.

de la vida, con individuos, grupos, familias, comunidades y movimientos sociales, en una perspectiva de transformación social. Estas acciones procuran: fortalecer la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía; capacitar, movilizar y organizar a los sujetos, individual y colectivamente, garantizando el acceso a bienes y servicios sociales; la defensa de los derechos humanos; la salvaguarda de las condiciones socioambientales de existencia; la efectivización de los ideales de la democracia y el respeto a la diversidad humana. Los principios de defensa de los derechos humanos y justicia social son elementos fundamentales para el Trabajo Social, con vistas a combatir la desigualdad social y situaciones de violencia, opresión, pobreza, hambre y desempleo.

Aguilar (2013) estudia definiciones del Trabajo Social como **proceso de ayuda** de autores como Leonard, Dal Pra Ponticelli y Escartín.

A continuación se recogen de manera textual sus definiciones tal y como aparece en el libro de Aguilar (2013, p. 88-89):

“El término Trabajo Social (sirve) para denotar los procesos utilizados por las agencias de bienestar para ayudar a los individuos, los grupos o las comunidades a habérselas más efectivamente con sus problemas de funcionamiento social” (Leonard, 1966).

“La intervención del Trabajo Social se puede definir como un proceso de ayuda realizado por un profesional colocado en el contexto de un sistema organizado de servicios, en general de tipo público, dirigido a individuos, grupos o sujetos colectivos, tendente a activar un “cambio” tanto en el modo de situarse de los individuos, de los grupos o colectividades frente a los problemas que los afectan o de los cuales tienen intención de hacerse cargo, como en la relación entre las exigencias evidenciadas y las respuestas personales, colectivas e institucionales, por activar o ya disponibles” (Dal Pra, 1987).

“El Trabajo Social es un proceso de ayuda por el cual el profesional, a través de técnicas y procedimientos propios, promueve los recursos de la comunidad y del individuo para ayudar a este a superar conflictos derivados de su interrelación con el medio y con otros individuos” (Escartín, 1998).

Estas tres definiciones se centran en el proceso de ayuda originario de la profesión destacando la interacción entre el medio y el individuo para poder desarrollar la intervención social, como a continuación también se constata en el análisis de Acebo (1992).

Teresa Zamanillo y Lourdes Gaitán (1991) para indicar que el Trabajo Social como profesión existe, señalan: “a partir del reconocimiento social de la necesidad de ayudar a las personas que lo necesitan, desde instituciones organizadas, más allá de la ayuda voluntaria”. (p. 29).

Estas autoras (1991) señalan varios elementos comunes en definiciones de Trabajo Social:

- Persona y Medio; elementos de los que se expresa su íntima relación. Es en la relación entre ambos elementos donde se sitúa el surgimiento de los problemas sociales. Normalmente, se pone más acento en el individuo como factor causal (entonces se habla de inadaptación, inhibición...) o en el medio (entonces se habla de relaciones nutrientes, oportunidades, prevención...). Según tendencias teóricas, al centrarse en la relación entre el individuo y el medio y no en uno de ellos, se desarrollan los modelos de la complejidad que relativizan la importancia de la búsqueda de las causas y busca qué intervenciones provocarán una modificación suficiente del sistema.
- Orientación del Trabajo Social hacia la resolución de problemas sociales. Se considera pues, al Trabajo Social como una disciplina de intervención, y por tanto, se espera una cierta eficacia social.

- Conexión de la intervención con diferentes aportes teóricos que permiten una mayor comprensión de la persona, del medio y de la interacción entre ambos. Es por este motivo por el que el Trabajo Social incorpora de otras disciplinas para mejorar su eficacia.
- Exigencia de una disciplina en el desarrollo de la intervención: A través de un ejercicio sistematizado que organiza, planifica y evalúa la acción es posible simultanear la práctica con la reflexión sobre la manera en que dicha práctica modifica o no la situación problema. En palabras concretas de Acebo (1992), “el Trabajo Social va generando una reflexión sobre los métodos, una teorización sobre los métodos” (p. 29).

### **1.7. Profesionalización del Trabajo Social**

En primer lugar, se realizará una aproximación al concepto de profesión siguiendo a Rogelio Gómez García (2010, p. 87) quien hace mención a los principales enfoques teóricos de la sociología clásica que se interesaron por el estudio de las profesiones.

Max Weber (1969, p. 233-273) llama la atención sobre el proceso de emancipación de las profesiones en relación con la esfera religiosa, y el establecimiento de una ética autónoma propia de éstas.

Weber ve en el proceso de profesionalización el paso de un orden social tradicional a un orden social en el que el estatus de cada uno depende de las tareas que realiza. La profesión es una vocación, no una herencia del destino, sino querida y aceptada como una tarea.

Durkheim (1985, p. 1-55) va en busca de una autoridad legítima, capaz de apaciguar los conflictos de interés de las sociedades industriales y restablecer un mínimo de cohesión entre sus miembros, propone como solución las asociaciones profesionales y

los sindicatos, regidos por un código deontológico que inculca disciplina en los miembros y los preserva del egoísmo individualista.

Siguiendo el trabajo de Gómez (2010), Harold Wilensky (1964, p. 139-146), “para que una ocupación sea reconocida como profesión debe adquirir sucesivamente las siguientes características:

- 1.- Presentación de un grupo ocupacional en una actividad que exige dedicación exclusiva sobre un conjunto de problemas determinados.
- 2.- La segunda fase la constituye el establecimiento de procedimientos de instrucción y selección, normalmente en instituciones especializadas (universidades), donde se institucionalizan las vías de acceso.
- 3.- Constitución de una asociación profesional, normalmente de ámbito nacional. Sirve para demarcar las relaciones con otros grupos, especialmente los competitivos.
- 4.- Los “movimientos” de la profesión en orden a obtener protección legal, concretada en el reconocimiento público y en el apoyo legal para controlar, en régimen de monopolio, su ejercicio, así como el acceso a ella.
- 5.- La profesión se dota de un código deontológico, que, a nuestro juicio, realimenta el proceso”.

El profesor Sáez, 2003, citado por Gómez García (2010) señala que el proceso de profesionalización es el resultado de diversas variables que han condicionado el desarrollo de una profesión. En el caso de los trabajadores sociales, ese proceso se está llevando a cabo a través de las siguientes variables:

- La tradición (evolución histórica de la profesión personal y colectiva de los profesionales y de la profesión).
- La formación.
- Las políticas sociales y culturales.
- El mercado de trabajo público y privado.



“La profesionalización de los trabajadores sociales es el resultado de todas las variables, globalmente hablando, de manera que cualquier crisis o anulación de alguna de ellas repercute en el proceso de profesionalización”. (Gómez, 2010b, p. 88)

La profesionalización del Trabajo Social es histórica, respondiendo a la idea de proceso y recorrido, y también dinámica. La profesión de Trabajo Social no se explica por sí misma, ni tampoco los procesos de profesionalización, ya que todas las variables identificadas en el camino son influidas por acontecimientos externos al dominio profesional. (Gómez, 2010b, p. 89).

Gómez (2010b, p. 94) concluye su artículo afirmando que “el Trabajo Social ha ido dando pasos en su proceso de profesionalización. Tenemos unos rasgos identificadores que nos son comunes con los modelos reconocidos como profesionales, como el otorgamiento de un título que acredita una preparación específica sobre una teoría y una práctica, la demanda social de unos profesionales, el altruismo y la orientación hacia el bien común, un código deontológico que regula el comportamiento de los profesionales y una red de colegios profesionales distribuidos por todo el territorio nacional”.

Lázaro et al (2010) señalan que “La profesión de Trabajo Social nació con un marcado carácter ético debido a su propia vocación de servicio y ayuda a las personas”. “El objetivo de la profesión es facilitar la relación entre las personas y el medio social, dado que esta relación puede ser problemática por las carencias que padecen y/o por los obstáculos que pone la propia sociedad para el desarrollo y bienestar de todos los ciudadanos” (p. 142).

Friedlander (1985) considera que “El Trabajo Social como profesión nace del Movimiento Humanitarista del siglo XIX, que trató de mejorar las condiciones desesperadas de los pobres, lograr reformas sociales por medio de la legislación apropiada y de despertar la conciencia social del público” (p. 574).

“No fue sino hasta que terminó la primera guerra mundial que el Trabajo Social empezó a ser reconocido como profesión (...) El trabajador social tiene que estudiar los principios científicos de la conducta humana y la estructura y organización de las instituciones sociales. Con estos principios ante él, tiene que adquirir, bajo su propia responsabilidad, conocimientos y pericia para trabajar con personas que se encuentran en ciertas condiciones sociales, económicas y emocionales específicas” (Friedlander, 1985, p. 576).

Siguiendo con el discurso de los sociólogos mencionados en el anterior epígrafe (Salvador Giner y Luis González Seara) la profesión de Trabajo Social ha adquirido ya un perfil propio, que es necesario clarificar y explicitar. El Trabajo Social tiene:

- 1.- Un campo donde se objetiva la profesión, que es el binomio necesidades-recursos sociales, como telón de fondo general.
- 2.- Un marco general de intervención: la Acción Social.
- 3.- Un objetivo propio de la profesión: el Bienestar Social.
- 4.- Un marco operativo propio que son los servicios sociales.
- 5.- Unos fundamentos científicos en que se basa su ejercicio.
- 6.- Una disciplina, el Trabajo Social, que operativiza y desarrolla los conocimientos científicos, mediante métodos y técnicas que le son propios.
- 7.- Un título oficial que garantiza su ejercicio.
- 8.- Un código de ética profesional de rango internacional adoptado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW).

9.- Una organización profesional institucionalizada en la Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (FEADAAS).

10.- Reconocimiento internacional de la profesión en general y de la FEADAAS en particular.

En España, el inicio de la profesionalización de los trabajadores sociales es algo tardía (Castillo, 2011, p. 623-628). Es en 1932 cuando se crea en Barcelona la primera Escuela de Asistencia Social y después de la guerra civil (1936-1939), la formación de los asistentes sociales quedará en manos de la iglesia.

Durante los años comprendidos entre 1950-1970, España se industrializa y se produce un éxodo rural y cambian las estructuras sociales. En 1967 tiene lugar la creación de la primera Escuela Oficial de Asistencias Sociales en Madrid.

Es entre 1970 y 1980 cuando se produce un verdadero avance del Trabajo Social y el aumento del número de escuelas tiene lugar en las zonas más industrializadas y con mayor desarrollo económico.

En 1980 y con la implantación de un sistema político democrático y el consiguiente marco jurídico de derechos y deberes ciudadanos serán los factores más decisivos en el avance del Trabajo Social. Se van cerrando los organismos de beneficencia y se abren departamentos de Servicios Sociales que se esfuerzan, contando con el trabajador social como profesional de referencia, por “establecer políticas de igualdad y eficacia al servicio del ciudadano, a través del trabajo comunitario. A partir de 1985 se comienza a hablar de Bienestar Social y los Servicios Sociales comunitarios pasan a convertirse en una serie de prestaciones específicas que se dirigen a sectores marginales, virando el Trabajo Social comunitario hacia un Trabajo Social individualizado y con una mayor grado de burocratización” (Domenech, 1990, p. 80-90).

En 1983 la formación en Asistencia Social obtiene el rango universitario y se incorpora a la Universidad como Diplomatura en Trabajo Social. La creación de un Área de Conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales en junio de 1990 pone el final a esta etapa, suponiendo su reconocimiento como disciplina científica con unos contenidos teóricos prácticos, y promoviendo la creación de documentos y literatura propios.

A partir de 1990, el Trabajo Social ha continuado evolucionando con la consolidación de los estudios y ha permitido una mayor producción de literatura profesional, así como la realización de algunas investigaciones que permiten la evaluación del trabajo desarrollado y la planificación de nuevas intervenciones. (Castillo, 2011, p. 625).

Castillo indica que la profesión de Trabajo Social en España se encuentra feminizada. Las distintas administraciones públicas (central, autonómica y local) son las responsables de garantizar la prestación de Servicios Sociales y por tanto son las mayores empleadoras de trabajadores sociales.

Por su parte, el tercer sector, se constituye como un gran empleador de trabajadores sociales al prestar, mediante convenio, servicios asistenciales para las administraciones y al abarcar áreas de necesidad a las que éstas no llegan.

Los ámbitos donde ejercen mayoritariamente los trabajadores sociales son los servicios sociales de primera atención, donde la figura está más que consolidada; el área de salud, tradicional desde los inicios de la profesión, y el sistema educativo, si bien en esta área se están produciendo cambios que desplazan a los trabajadores sociales hacia lugares docentes, dejando de lado la intervención psicosocial.

Según los estudios de diferentes universidades españolas y organizaciones profesionales recogidos por Castillo (2011), la mayoría de los profesionales estudiados dicen estar ejerciendo funciones propias de su profesión, lo cual parece que tienen una proyección profesional propia. Los trabajadores sociales parece que tienen un alto

grado de motivación por su trabajo pero manifiestan que su labor debería ser más preventiva que asistencial. (p. 627).

Desde el Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social<sup>3</sup> se indican las funciones de los profesionales: Información, Investigación, Prevención, Asistencia, Promoción, Mediación, Planificación, Dirección, Evaluación, Supervisión y Docencia.

Las tareas específicas en instituciones públicas y privadas de Servicios Sociales Generales y Especializados, son la información sobre derechos, prestaciones y recursos sociales; la valoración de situaciones problemáticas y la orientación y tratamiento psicosocial para la resolución de las mismas.

La mayor parte de las actividades realizadas por los trabajadores sociales son de acción directa, siendo la entrevista la técnica empleada en mayor medida, como indica Brezmes (2008): “reflejo de una tendencia psicologicista, de una relevancia del trabajo con individuos frente a otros niveles de intervención”. (p. 112)

Los trabajadores sociales asumen la valoración y asistencia de los problemas sociales como campo específico de actuación profesional, llevando a cabo la recepción de nuevas demandas y urgencias sociales, y realizando una atención más prolongada cuando el caso lo precisa.

Según Giner (1985) “el Trabajo Social en España está burocratizado, cuando “en esencia, el Trabajo Social es el más antiburocrático de los trabajos. La intervención sobre la realidad humana es directa, personal y se ajusta a cada caso, no encasillable en las tipificaciones y regulaciones que la burocracia exige” (p. 32-36).

---

<sup>3</sup> Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Texto aprobado por la asamblea general de colegios oficiales de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria del 9 de Junio de 2012.

Cuando el trabajo se desarrolla en equipo, se destacan las áreas donde, en mayor medida, se da el trabajo en equipos interdisciplinarios como son educación, salud, drogadicción y prisiones. En la mayor parte de los casos, los trabajadores sociales señalan sentirse bien trabajando en equipo, respetados en su parcela profesional y valorados por los miembros de otras disciplinas y profesiones.

Como bien es sabido no solo la profesión del Trabajo Social tiene como propia la relación de ayuda, ya que existen otras profesiones que también se ocupan de este campo. Quizás lo interesante de este trabajo de Tesis es discernir qué es lo que diferencia a esta profesión de las otras desde este concepto en concreto.



## **CAPITULO 2:**

### **La Relación de Ayuda en Trabajo Social**

#### **2.1. Introducción**

Si tenemos que buscar a un maestro de la Relación de Ayuda ese es Carl Rogers. En su obra hace un recorrido por la experiencia de ayudar a otros, poniendo continuamente ejemplos de sus casos a los que atiende y mostrando la forma de proceder. En el trabajo realizado por dos grandes asociaciones del mundo de la Relación de Ayuda a personas sin hogar, Asociación Realidades y Fundación RAIS, se explica el origen y el proceso del papel tan fundamental de este “ayudador”.

Al inicio del segundo capítulo de su libro “El proceso de convertirse en persona” (1992), el autor narra el cambio que, como psicoterapeuta sufrió y supuso orientar su manera de ver los procesos de ayuda. En sus primeros años de carrera, este psicólogo, cuando se enfrentaba a algún nuevo caso a atender, se preguntaba “¿cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona?”. Con el tiempo, esto fue cambiando y la nueva pregunta que se hacía era: “¿cómo puedo crear una relación que esta persona puede utilizar para su propio desarrollo?”. Este giro, que marcó toda la formulación teórica de Rogers y que ha influido en los procesos de atención de muchos profesionales del



mundo de lo psicosocial, tuvo grandes consecuencias, y todavía hoy, las sigue teniendo. Es de tal manera, que la psicoterapia queda ubicada en un marco mayor que lo denomina la “Relación de Ayuda”.

Por otra parte, este cambio teórico también implica entender de manera diferente tanto a la persona como a los procesos de cambio. En este sentido, para él, “el cambio sólo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación”. Lo que propone Rogers es que la calidad de la relación establecida entre quien ofrece ayuda y quien la recibe es lo que marca y pone “las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad”. Así, parte de la siguiente hipótesis:

“Si puedo crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá por sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual” (Rogers, 2014, p. 19).

Lo que es determinante para el cambio y el avance de la persona, es “la relación” y esta es la herramienta con la que muchos desarrollamos nuestro trabajo como recurso fundamental.

En la influencia de la teoría humanista, pero ampliada con las aportaciones de otras escuelas y corrientes de pensamiento, es desde donde vamos a hablar de la Relación de Ayuda. Nos vamos a centrar en aquellos elementos definitorios de la Relación de Ayuda con personas en exclusión social, en la importancia de la comunicación y en los procesos y etapas que consideramos fundamentales en todo proceso de cambio.

El profesor Pomar (2004) hace un recorrido del quehacer profesional por la diferente bibliografía existente y sobre la opinión de profesionales, usuarios y colegas de Trabajo Social y otras disciplinas de lo social, llegando a dar una definición personal de la Relación de Ayuda: “Acompañamiento que hace el profesional al cliente, como individuo diferenciado con plena capacidad de desarrollo en el avance de éste hacia una autonomía personal; partiendo de una situación vivida por el segundo como

problemática y ante la que carece de herramientas propias para solucionar ese conflicto y que le hace entrar en un proceso de Relación de Ayuda de forma voluntaria con un trabajador social, la cual va a conllevar una interrelación estrecha entre ambas personas desde una actitud de comunicación libre y profunda” (p. 6).

## **2.2. Concepto de Relación de Ayuda**

En este capítulo se estudiará el concepto de la Relación de Ayuda, tomando como referencia, como ya se ha indicado anteriormente, al precursor de la misma, Carl Rogers.

Carl Rogers (2014) señala como Relación de Ayuda a “Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada... En otras palabras, podríamos definir la Relación de Ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”. (p. 46).

Desde esta definición se puede interpretar que en el Trabajo Social, los protagonistas participantes son el profesional –trabajador social- y el usuario. A través de la intervención social se analizan los recursos del individuo con el objetivo de mejorar en el funcionamiento cotidiano de la persona.

La palabra “relación” puede tener diferentes significados, dependiendo del contexto en el que sea utilizada. Si recurrimos al diccionario de Trabajo Social, Ezequiel Ander-Egg la define como:

“Toda conexión o vínculo entre dos o más personas o grupos que surge de la interacción que se produce entre ellos” (Ander-Egg, 1988, p. 262).

Es necesario que el vínculo esté presente en el acompañamiento social ya que es un elemento fundamental en la Relación de Ayuda. Sin este elemento no se podrá ir estableciendo el clima y las situaciones necesarias para que vaya surgiendo aquello que es importante para la persona y con lo que se va a trabajar.

Cibanal et al. (2003, p. 116) considera que la expresión “Relación de Ayuda” es “un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (...) captará las necesidades del otro (usuario...), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual”.

El concepto de Ayuda, siguiendo a Ander-Egg en su misma obra, dice textualmente: “Apoyo, auxilio, cooperación o socorro que se presta a personas, grupos o asociaciones para satisfacer necesidades básicas o especiales, o para contribuir a la ejecución o logro de alguna cosa. Auxilio o socorro en beneficio de otro”. (Ander-Egg, 1988, p. 26).

En esta definición hace referencia al apoyo necesario para establecer la prestación a personas, grupos o asociaciones, o bien para satisfacer unas necesidades o para conseguir la ejecución de alguna cosa.

Desde el contexto de la intervención psicosocial, Sergi Corbella y Luis Botella (2003, p. 212), definen la Relación de Ayuda como:

“La relación es el producto del encuentro entre el terapeuta y el cliente, y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos”.

En la relación siempre aparecerán factores que son de la historia personal de cada uno de los miembros implicados, de tal manera, que las características de uno y otro van a definir y re-definir la relación, en el “aquí” y el “ahora”.

Hay muchos elementos que conforman la relación y es necesario tenerlos en cuenta. Aunque la línea de Trabajo Social parte de centrarse en la persona, con este planteamiento puede dar lugar a confusión, al considerar también los problemas o la situación de la persona. Tener en cuenta la importancia de su historia y las características de la misma forman parte de la dinámica de la intervención social y no obstante, como se comenta en la obra de Asociación Realidades y Fundación RAIS, “al hablar de que nos centramos en la persona nos estamos refiriendo al reconocimiento de la misma en el encuentro, en lo que nos puede ofrecer desde sus propias capacidades para comunicarse y sus potencialidades (su motivación para el cambio o la vinculación que se quiere mantener), viendo más allá de una persona etiquetada de tal o cual problema o inmerso en ésta o la otra situación” (Fundación RAIS, 2013).

En la Fundación RAIS y la Asociación Realidades conciben la relación como un instrumento necesario para la intervención, siendo en sí misma el marco desde el que trabajamos, y la podemos definir como la interacción entre profesional y persona, marcada por la autenticidad, la empatía y la aceptación incondicional, lo que facilita un encuentro entre ambos, influido por las características e historia personal de cada uno, y en la que se busca como objetivo último y principal, la mayor autonomía posible y la calidad de vida de las personas. (Fundación RAIS, 2013, p. 95-99).

Casera, 1984, citado por Bermejo (1998) siguiendo a Carkhuff, da esta definición: “Ayudar es promover un cambio constructivo en la mentalidad y en el comportamiento. Se entiende por “mentalidad” el conjunto de las reacciones habituales características de un individuo ante los problemas de la vida. Es la mentalidad la que condiciona la conducta. Es necesario introducir en el campo de los comportamientos una nueva estructura mental” (p. 11).

Otro autor, Jesús Madrid Soriano (1986) señala: “La idea fundamental que subyace a todo proceso de Relación de Ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda Relación de Ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus

conflictos (...). La Relación de Ayuda, pues, es una experiencia humana privilegiada que ofrece el marco adecuado para facilitar el desarrollo de las capacidades bloqueadas” (p. 195).

Dietrich (1986) señala que la tarea del ayudante consiste fundamentalmente, en estimular, liberar y organizar las funciones de aprendizaje y los contenidos de la experiencia. Continúa escribiendo que, se trata de impulsar al sujeto, de remitirle a alternativas y posibilidades desatendidas. La ayuda sólo puede despertar la actividad del sujeto si éste es estimulado de un modo radical para la autoayuda y la autonomía y, de ese modo, puede realizar progresos en esta línea. Si se quieren provocar cambios de conducta en otra persona, la ayuda decisiva consiste en inducirle a buscar el cambio por razones que sean importantes para ella. Si el cambio ha de ser auténtico y duradero, el impulso para dicho cambio debe venir de dentro y no de fuera. (p. 14).

Es importante tener en cuenta esto, ya que de lo contrario, la relación no producirá los efectos de ayuda deseados.

Siguiendo a Mañós (1998, p. 16-17), en su artículo señala, que el ayudante debe tener una actitud que permita entrar en el universo del otro para intentar comprender sus reacciones personales y afectivas. Algunas de las características podrían ser:

- Quien ayuda debe acoger y no ha de tomar la iniciativa.
- Ha de centrarse en aquello que vive la persona afectada, no en los hechos que evoca.
- El interés del profesional ha de ser en relación al usuario, no en relación al problema.
- Su intervención ha de fundamentarse en el respeto al usuario: debe escucharlo con el fin de llegar a comprenderlo.
- Ha de facilitar los canales de comunicación adecuados y no hacer revelaciones inconscientes.

- El profesional no debe hacer caso de las etiquetas y prejuicios que acompañan al usuario.

Una de las metáforas más usadas en representar la Relación de Ayuda es la de “caminar juntos”. Caminar juntos expresa el lado arriesgado y la dimensión de confianza, de pacto y de gratuidad (Bermejo, 1998, p. 12).

Supone realizar un proceso de acompañamiento: ir al lado del otro en el camino.

“El fundamento metodológico de la Relación de Ayuda es, la reflexión sobre la experiencia. La experiencia ya no es concebida como la aplicación práctica de una verdad doctrinal o teórica, sino como fuente de aprendizaje unida a la reflexión y a la confrontación con la experiencia de otras personas” (Bermejo, 1998, p. 13).

Gómez Trenado (2010) señala en su artículo que el ser agente de cambio es un concepto que define a la relación con el usuario y con su contexto. La Relación de Ayuda como metodología en la intervención procura establecer una relación de persona a persona, se transmite una actitud de querer comprender, de respeto mutuo, y su objetivo principal es generar la motivación para el cambio. El profesional va a considerar que tiene potencialidades para favorecer su propio cambio permitiendo usar a la persona sus propios recursos para afrontar los propios problemas. (p. 171).

Solo será efectiva la Relación de Ayuda si los objetivos por los que se trabaja son asumidos por quién recibe la intervención: se debe creer en la posibilidad de cambio en la persona (Gómez, 2010, p. 170), y desde esa creencia será posible generar todo el trabajo necesario para favorecer la motivación. Si no contamos con la motivación del “otro” no se podrá producir el proceso de ayuda.

Rogers recoge en su obra “El proceso de convertirse en persona”, que los estudios con diversos clientes muestran que, cuando el psicoterapeuta cumple estas tres condiciones: autenticidad, aceptación incondicional y comprensión empática, y el cliente las percibe en alguna medida, se logra el movimiento terapéutico: el cliente

comienza a cambiar de modo doloroso, pero preciso, y tanto él como su terapeuta consideran que ha alcanzado un resultado exitoso.

Cian (1995) basándose en C. Rogers presenta un breve resumen desde el punto de vista de la psicoterapia:

Primer elemento: CONGRUENCIA: Que el terapeuta se muestre él mismo en la relación sin presentar una fachada profesional o personal, más posibilidades hay de que el cliente cambie o crezca en modo constructivo.

Segundo elemento: ACEPTACION: El terapeuta consiente al cliente expresar con inmediatez cualquier sentimiento que experimente: desorientación, resentimiento, miedo, rabia, decisión, amor, orgullo. Es un modo de amar no posesivo. El terapeuta aprecia al cliente de manera total y no condicionada.

Tercer elemento: EMPATIA: El terapeuta capta los sentimientos y significados personales que el cliente está experimentando en aquel momento y comunica su comprensión al cliente. (p. 56-57).

La hipótesis general de la que parte Rogers, que ya se ha mencionado anteriormente, es esta: “Si puedo crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración, y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual” (Rogers, 2014, p. 40)

Luciano Cian (1995, p. 138-140) considera que la persona necesitada de ayuda se encuentra en una dinámica que se puede sintetizar de la siguiente manera:

1.- Vive una **situación** que le supone una **dificultad** concreta. Esta persona es la protagonista ya que conoce muy bien lo que le está pasando, y no el ayudante.

2.- Esta dificultad genera **sufrimiento**. El ayudante es interpelado desde el sufrimiento concreto.

3.- El **sufrimiento** se expresa en sentimientos diferentes: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión...

#### SITUACIÓN – DIFICULTAD – SUFRIMIENTO – SENTIMIENTO

Cian afirma que la persona que necesita ayuda espera un proceso de recorrido inverso:

- 1.- Espera que el ayudante le “comprenda” ante todo los SENTIMIENTOS que está viviendo.
- 2.- El ayudado espera que el ayudante participe de alguna forma en el SUFRIMIENTO: que se ponga en su lugar con actitud empática, y que “vibre con él” –el sufrimiento es menor si es compartido-
- 3.- Quien experimenta necesidad de ayuda espera del ayudante que examine con él las DIFICULTADES y que busque el sentido de su problema, sin juzgar.
- 4.- Finalmente, la persona necesitada espera que el ayudante le ayude a buscar pistas vitales para salir de tal “SITUACIÓN” para tomar una decisión o para vivir de otra forma aquello que no tenga solución.

#### SENTIMIENTO – SUFRIMIENTO – DIFICULTAD – SITUACIÓN”

“La Relación de Ayuda intenta combatir la desestructuración de las actitudes “normalizadas” en la persona (sea cual sea su edad o situación) que experimenta pérdidas significativas. A veces lo más difícil es que la persona atendida reconozca la necesidad de ser ayudada. La petición de ayuda se esconde tras los mecanismos psicológicos de defensa, negación, proyección... Estas defensas provocan en la persona cambios de actitud diferentes a los que ha desarrollado siempre” (Maños, 1998, p. 10)

Este mismo autor escribe: “La Relación de Ayuda se daría como un proceso interactivo entre el educador y la persona ayudada en el que ésta, como persona que es, y por lo tanto como sistema abierto que controla sus propias reacciones, que hace uso de sus habilidades sociales, que interviene desde unas actitudes intencionales, que percibe, siente, piensa, tiene motivaciones y deseos de satisfacer necesidades y a la vez de



afrontar vivencias de tensión personal que la llevan a manifestar comportamientos desde la angustia o el estrés. De hecho, como en todo proceso interactivo, podemos describir la Relación de Ayuda como un proceso circular con el que la persona ayudada recibe los estímulos necesarios para una resolución de los problemas desde las propias capacidades y recursos personales” (Mañós, 1998, p. 14).

“El objeto de la Relación de Ayuda es siempre el cambio. Al final de la relación el cliente no es el mismo. Sufre menos, se siente menos ansioso o angustiado, posee más recursos, se conoce mejor, tiene un comportamiento más satisfactorio y es más capaz de realizarse.” (Cibanal, 2003, p.122).

Cibanal (2003, p. 123) continúa escribiendo que “el cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general. Al final de proceso de Relación de Ayuda el cliente puede sentirse menos “mal”, menos resignado a sufrir pasivamente el impacto de fuerzas incontroladas, interiores o exteriores a él mismo. Él deberá sentirse más agente, más protagonista de su propia vida y más dueño de sí mismo”.

### **2.3. Diferentes estilos de Relación de Ayuda**

Brusco, 1993, citado por Bermejo (1998), señala que la Relación de Ayuda se puede mostrar en diferentes estilos teniendo en cuenta dos elementos: la disposición del ayudante y el uso del poder por parte del ayudante. (p. 15).

La DISPOSICION DEL AYUDANTE será:

- Centrada en el problema: El ayudante se identifica sobre todo con el problema o con la situación que presenta el cliente, sin considerar lo subjetivo vivencial de éste.

- Centrada en la persona: El ayudante presta la atención en la persona, a la forma en que ésta vive la situación problema tomando al individuo en su totalidad.

Según EL USO QUE EL AYUDANTE HAGA DEL PODER, la Relación de Ayuda puede ser:

- Directiva: El ayudante ejerce un poder que está fuera de la persona ayudada.
- Facilitadora: El ayudante recurre principalmente al poder, a la autoridad, a los recursos presentes en la persona ayudada, y su intervención va dirigida a ayudar al participante a tomar conciencia de ellos y a utilizarlos creativamente.

La siguiente tabla expresa el resumen de los elementos principales en la Relación de Ayuda que anteriormente se ha enunciado:

<b>Tabla 2.1.: Elementos en la Relación de Ayuda, según Ángel Brusco</b>	
<b>Disposición del Ayudante</b>	<b>Uso que el Ayudante hace del poder</b>
Centrado en el Problema	Directiva
Centrada en la Persona	Facilitadora

**Fuente:** Brusco, Ángel (1993) recogido en Bermejo, J.C. (1998)

En función de cómo se combinen las actitudes directiva y facilitadora con las centradas en la persona y en el problema se obtienen diferentes estilos de Relación de Ayuda:

- Estilo autoritario.
- Estilo democrático cooperativo.
- Estilo paternalista.
- Estilo participativo empático.

**Estilo Autoritario:** Se da cuando el ayudante se centra en el problema del ayudado y quiere ayudarle a resolverlo de manera directiva. Centrándose más en los propios recursos que en los del interlocutor, tiende a establecer con él una relación de dominio - sumisión.

Un ejemplo puede ayudar a ilustrar mejor esta modalidad de Relación de Ayuda. Una joven se dirige a un profesional de la ayuda cuyo estilo es autoritario y le dice: “Me parece que la vida no tiene ningún sentido. No sé para qué seguir viviendo día tras día”. He aquí algunas de las respuestas que podría recibir de este tipo de ayudante: “Tú escúchame a mí. Tómate una semana de descanso; haz algún ejercicio de relajación; da un poco más de tiempo al ocio...”; o bien “Ya te había dicho yo que si no hubieras cambiado tu estilo de vida, habías llegado inevitablemente a este punto”; o también: “El problema del sentido de la vida no se resuelve mediante lamentaciones inútiles: hay que reaccionar, así es que...”.

**Estilo Democrático - Cooperativo:** También el que usa este estilo, se centra en el problema del interlocutor. La actitud que adopta, sin embargo, es facilitadora, es decir, tiende a implicar a la persona encontrada en la solución del problema. En lugar de imponerla, el consejero propone las soluciones, ayudando al interlocutor a encontrar alternativas válidas y animándole a usar los propios recursos para alcanzar este fin. En el ejemplo citado más arriba, el agente podrá responder: “Ante el problema que estás viviendo, son diversas las soluciones que se presentan; tú encuentras una. Sería oportuno mirar a ver si es la única. ¿Qué te parece?”, o bien: “Tú pregunta es difícil, o no me siento capaz de responderla. Me gustaría, no obstante, trabajar contigo para profundizar este tema de manera que tú puedas encontrar la mejor solución para ti”.

**Estilo Paternalista:** En este tercer estilo, el ayudante se centra en la persona del interlocutor, es decir, tiene en cuenta el “cómo vive” él su problema. Su modo de intervenir es directivo y esto se expresa de diferentes formas. Puede tener la tendencia a considerar al otro bajo la propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación que vive él. Esta tendencia puede llegar incluso a la pretensión de querer salvar a la persona ayudada. El paternalismo implica un acercamiento al ayudado, pero no confía en él, sino que se siente responsable de realizar la salvación del otro. Ambos demuestran una atención sobre todo “a lo que yo quería que tú fueras”. En el ejemplo citado, cabrían las siguientes respuestas: “Veo que estás

viviendo un momento difícil. Confía en mí y verás que te haré salir de este túnel”; o bien: “Venga, no es para bajonearte tanto. Conozco mucha gente que viven situaciones difíciles como la tuya y han conseguido siempre liberarse de sus angustias...”

**Estilo Participativo-Empático:** El ayudante se centra en la persona y sus intervenciones se inspiran en la actitud facilitadora. Atento a la experiencia del interlocutor, se interesa de que éste tome conciencia profundizando así el conocimiento de sí mismo. A la frase “Me parece que la vida no tiene sentido...” se podría responder: “El momento que estás viviendo es tan difícil que te preguntas incluso si vale la pena seguir viviendo en esta situación”, o bien: “Te resulta difícil afrontar la vida cuando todo parece tan oscuro”.

De entre los diferentes modos de responder, surge una cuestión: ¿hay que privilegiar un determinado estilo? En realidad, todos los estilos pueden tener su lugar en la relación trabajador social - ayudado, sabiéndolos usar con flexible selectividad y teniendo en cuenta los distintos elementos de la situación concreta. La perspectiva humanista, que sustenta este modelo, plantea que el estilo empático - participativo constituiría la actitud profesional y de servicio que representaría en mejor forma la esencia del rol del trabajador social.

A continuación se detalla una tabla resumen de los estilos de la Relación de Ayuda:

<b>Tabla 2.2.: Estilos de Relación de Ayuda</b>		
<b>Estilos de Relación de Ayuda</b>	<b>RELACION DE AYUDA DIRECTIVA</b>	<b>RELACION DE AYUDA FACILITADORA</b>
RELACIÓN DE AYUDA ORIENTADA AL PROBLEMA	Estilo Autoritario	Estilo Democrático Cooperativo
RELACION DE AYUDA ORIENTADA A LA PERSONA	Estilo Paternalista	Estilo Participativo Empático

Fuente: Bermejo, 1998, p. 17.

#### 2.4. Competencias profesionales en la Relación de Ayuda.

Son las capacidades para poder desarrollar una ocupación, respecto a los niveles requeridos de empleo. El concepto de competencia no solo supone las capacidades requeridas para el ejercicio de una profesión, sino también un conjunto de conocimientos y comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, etc....

Las competencias profesionales se definen, pues, como los conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes que permiten desarrollar la labor profesional. (Fundación RAIS, 2013).

El “SABER”, con mayúsculas, adquirido en el aprendizaje de nuestros estudios y nuestra experiencia implica varios matices:

- Saber: Conocimientos teóricos necesarios para el desarrollo de nuestra labor profesional.
- Saber hacer: Todas las habilidades y destrezas que requiere la práctica profesional.
- Saber ser: La disposición, las actitudes con las que abordamos nuestra labor profesional.

Teniendo en cuenta la definición de Rogers (véase el apartado 2.1. de este Capítulo), se puede decir que **ayudar**, más que solucionar es promover y facilitar, creando condiciones adecuadas para que el impulso innato al crecimiento cumpla su función. No es hacer por los demás sino inducir a que ellos hagan por sí mismos.

Según R. Carkhuff, “Ayudar es el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento. Se trata de aumentar la dimensión afectiva en la vida individual y de hacer posible un mayor grado de control personal en la actividad a desarrollar”.

Destacar también lo que indica Jesús Madrid Soriano (2005) que define la Relación de Ayuda como “un encuentro personal entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, y otra persona que quiere ayudarle, dentro de un marco interpersonal adecuado” (p. 82)

A continuación se analiza esta definición siguiendo los apuntes del Curso de Relación de Ayuda de la Fundación RAIS:

Se refiere a la **Relación de Ayuda** como “**un encuentro personal**” teniendo en cuenta el reconocimiento del otro como persona y no como problema. A pesar de las diferencias y los diferentes roles, la relación tiene que ser cálida y cercana. Este encuentro implica la atención centrada en la persona, como postula Rogers.

**Una de las partes “pide ayuda” y la otra “quiere ayudarle”**, desde este aspecto es claro que existen diferentes roles. Esto es pues lo que define la relación: una persona que pide ayuda y alguien que está dispuesta a ofrecérsela.

Otra característica de esta definición es que **se pide ayuda para modificar algunos aspectos**. Quien pide ayuda lo hace con una demanda concreta ante una necesidad o problema que quiere solucionar. Esta necesidad puede ser realista o no, manifiesta o latente. Se parte, pues, del establecimiento de unos objetivos para “**cambiar algo**”. Es necesario tener presente siempre la motivación de la persona que acude solicitando ayuda, y trabajar por afianzar dicha motivación.

Nuestro trabajo en la profesión necesitará en este punto negociar y ajustar la demanda planteada, de tal manera que el problema inicial puede ser uno, y según avance la relación pueden surgir otras necesidades latentes o no reconocidas por la persona.

Nuestra profesión, como profesión de ayuda, reúne por tanto también estas características ya que “la Relación de Ayuda” será el motor para poner en marcha toda la maquinaria del Trabajo Social.

No es infrecuente encontrarnos con personas que acuden a nuestros centros de día argumentando que vienen para “echar una mano como voluntarios” o que nos solicitan una cita para ayudar a un amigo necesitado el cual no ha podido o no ha sido capaz de venir por sí solo. Lo cierto es que es habitual que esta persona empiece a acudir y a vincularse con nosotros; a partir de aquí, es posible que se redefinan sus necesidades y comience a realizar demandas más puntuales, que tienen que ver con su situación de exclusión y sufrimiento personal.

Desde esta perspectiva es desde lo que nosotros entendemos también que la intervención debe ser integral, abarcando los diferentes factores que entran en juego tanto en que una persona acabe en situación de exclusión.

En palabras del propio Rogers: “Con estos términos quiero significar toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. El otro, en este contexto, puede ser un individuo o un grupo. En otras palabras, podríamos definir la Relación de Ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes hace surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos” (Rogers, 2014, p. 22).

Sin lugar a dudas, en esta definición el autor enfatiza por encima de los demás elementos la capacidad y el fomento de las potencialidades y los recursos de la persona. La Relación de Ayuda en este sentido es entendida desde la tendencia actualizante de la que habla Rogers -toda persona tiene un potencial que puede desarrollar si se dan las condiciones adecuadas- Para Rogers, hay tres elementos principales que definen una Relación de Ayuda, entendida en sentido amplio y no circunscrita al ámbito psicoterapéutico, las cuales ponen las bases de esas condiciones requeridas, a saber: la autenticidad (congruencia), la aceptación incondicional y la comprensión. Estas condiciones se analizan con detalle en el apartado 2.7, titulado el estilo centrado en la persona.

**Gráfico 2.4.1.: COMPETENCIAS EN LA RELACIÓN DE AYUDA**



Fuente:

Fundación RAIS. "Curso sobre la Relación de Ayuda en acompañamiento a personas en situación de vulnerabilidad y de exclusión social" – Modalidad a Distancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013.



**¿Cómo puedo ser una Relación de Ayuda?** se pregunta Carl Rogers (2014): “¿cómo puedo ser para que el otro me perciba como una persona digna de fe, coherente y segura, en sentido profundo?.... He llegado a comprender que ganar la confianza del otro no exige una rígida estabilidad, sino que supone ser sincero y auténtico. He escogido el término “coherente” para describir la manera de ser que me gustaría lograr. Esto significa que debo poder advertir cualquier sentimiento o actitud que experimento en cada momento. Cuando esta condición se cumple, soy una persona unificada o integrada, y por consiguiente puedo ser tal como soy en lo profundo de mí mismo. Ésta es la realidad que inspira confianza a los demás” (p. 61).

Él mismo escribe: “Si soy capaz de crear una Relación de Ayuda conmigo mismo –es decir, si puedo percibir mis propios sentimientos y aceptarlos-, probablemente lograré establecer una Relación de Ayuda con otra persona”. (Rogers, 2014, p. 62)

“... Aceptarme y mostrarme a la otra persona tal como soy es una de las tareas más arduas, que casi nunca puede lograrse por completo. Pero ha sido muy gratificante advertir que ésta es mi tarea, puesto que me ha permitido descubrir los defectos existentes en las relaciones que se vuelven difíciles y reencaminarlas por una senda constructiva. Ello significa que si debo facilitar el desarrollo personal de los que se relacionan conmigo, yo también debo desarrollarme, y si bien esto es a menudo doloroso, también es enriquecedor” (Rogers, 2014, p. 63).

## **2.5. La comunicación como elemento importante en la Relación de Ayuda.**

Para poder establecer una adecuada Relación de Ayuda, como en cualquier tipo de relación, es fundamental contar con el elemento de la comunicación. Por ello, en este epígrafe se procede a indicar su definición y los axiomas de la Teoría de Watzlawick.

Según la Real Academia Española (2014), “comunicación” es (Del lat. *communicatio*, -*ōnis*), en su primera acepción, “acción y efecto de comunicar o comunicarse”, y en la segunda, “Trato, correspondencia entre dos o más personas”. La comunicación es

pues, el acto por el cual una persona establece con otra un contacto que le permite transmitir una información.

Según Paul Watzlawick (1985) existen cinco axiomas de su Teoría de la Comunicación Humana:

1.- **Es imposible no comunicarse.** Cualquier comportamiento es una forma de comunicación. Al igual que no existe forma contraria al comportamiento – no comportamiento o anticomportamiento - tampoco existe la “no comunicación”.

2.- Toda comunicación tiene un **nivel de contenido** y un **nivel de relación**, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una metacomunicación: Esto significa que toda comunicación tiene, además del significado de las palabras, otra información sobre cómo el que habla quiere ser entendido y que le entienda, así como, cómo la persona que recibe el mensaje, lo va a entender; y cómo el primero ve su relación con el receptor de la información.

Ejemplo: el comunicador dice: “Cuídate mucho”. El nivel de contenido en este caso, sería evitar que pase algo malo, y el nivel de relación sería de amistad-paternalista.

3.- La naturaleza de una relación depende de la **gradación que los participantes hagan** de las secuencias comunicacionales entre ellos: Tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, de esta manera, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es “la causa” de su propia conducta, cuando en realidad, es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación o modulación) del intercambio.

4.- **La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica:** La comunicación no implica simplemente las palabras habladas (comunicación digital: lo que se dice –comunicación verbal-); también es importante la comunicación no verbal (o comunicación analógica: cómo se dice –comunicación no verbal-). Davis (1983, p.7) señala que “... la comunicación no verbal es más que un simple sistema de señales

emocionales y que en realidad no pueden separarse de la comunicación verbal. Ambos sistemas están estrechamente vinculados entre sí...”.

5.- Los **intercambios** comunicacionales pueden ser tanto **simétricos como complementarios**: Depende de si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios –tienden a igualar su conducta recíproca-, o si está basada en intercambios aditivos, es decir, donde uno y otro se complementan, produciéndose un acoplamiento recíproco de la relación. Ejemplo: Una relación simétrica sería la que presentan seres de iguales condiciones (hermanos, amigos, amantes, etc...), y una relación complementaria es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno, etc...).

Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deberían coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras se contradicen con nuestra conducta no verbal:

- **Mirada**: Mirar a una persona mientras nos habla transmite interés, pero debe regularse, ya que una mirada fija, resulta amenazante. Debe alternarse el mirar a los ojos de la persona, y dirigir la mirada a otros puntos, de manera que la mirada recaiga en la persona con la que hablamos en torno al 80%.
- **Expresión facial**: Debe estar acorde a la emoción que nos manifiestan o que nosotros mismos tratamos de expresar.
- **Postura y distancia corporal**: La disposición exterior del comunicante ayuda a transmitir la sensación de que se está escuchando, orientando la postura a la persona que nos habla. La distancia que se mantiene con la otra persona también es importante. Mucha cercanía puede indicar una invasión del espacio personal, y es un concepto subjetivo, que se irá variando según se observe la reacción de nuestro interlocutor.
- **Tacto**: Buena herramienta y eficaz, como transmisora de apoyo. Es importante utilizarla con precaución de no invadir el espacio personal. Un apretón de manos o un

abrazo pueden ser una gran muestra de consuelo o una amenaza, según en que momento se realice.

La autonomía del cliente debe ser la finalidad de nuestra intervención social ya que si no estaremos generando relaciones de dependencia, es decir, como las llamó Watzlawick, relaciones asimétricas. (Rodríguez, 2010, p. 39).

Al comienzo de una relación entre trabajador social y usuario resulta ser complementaria, ya que el profesional ejerce un poder y se posiciona desde el servicio que ofrece la ayuda del usuario. Esta relación sería necesaria que se transformara en simétrica en el momento que el usuario ya no necesita la ayuda o el apoyo (Rodríguez, 39-2) Es necesario trabajar la desvinculación.

En su investigación Rodríguez (2010, p. 39) menciona a Cristina de Robertis (1992), indicando que “nuestro propósito declarado es el fin de nuestra intervención, el momento en que el asistido habrá adquirido –gracias a los cambios que se han producido en su situación- las actitudes suficientes para prescindir de nuestra presencia, de nuestra mediación, de nuestro apoyo” (p. 200)

Continuando con el Curso de Relación de Ayuda de la Fundación RAIS (2013), la comunicación en la Relación de Ayuda es el marco desde el cual poder intervenir.

A la hora de realizar la intervención social es necesario tener en cuenta el adecuado manejo de la comunicación verbal y no verbal. Es importante hacer conscientes procesos que a menudo no se toman en consideración.

## **2.6. Habilidades en la Relación de Ayuda.**

En este apartado se va a plantear las habilidades necesarias para desarrollar una buena Relación de Ayuda, siguiendo el trabajo realizado por la Fundación RAIS (2003).

Las reglas básicas de la Relación de Ayuda son:

### **NO JUZGAR:**

- Es necesario no culpabilizar las conductas de la persona que solicita la ayuda, ya que si se hace, la persona vuelve a encontrarse en un ambiente desmotivador y descalificador, igual que el de su crisis o problema que le bloquea.
- El profesional tiene que crear un ambiente de aceptación para que la persona se sienta segura y cómoda para poder explorarse a sí misma y poder superar las dificultades.

### **SER EMPÁTICO:**

- Carl Rogers (2014), mencionaba que la empatía es la capacidad que se tiene para comprender la experiencia única de la otra persona, por decirlo así de simple, es “estar dentro de los zapatos de alguien” y comunicar algo de esta comprensión. Desde el punto de vista clínico es la capacidad de captar el marco de referencia del cliente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, de modo que éste pueda explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos.

### **NO DAR CONSEJOS:**

- No se recomienda aconsejar.
- Teniendo en cuenta uno de los postulados de Rogers, la persona es capaz de resolver sus propios conflictos si se le dan las condiciones psicológicas adecuadas.
- Dar consejos puede ser innecesario o contraproducente, aunque siempre puede haber alguna excepción en la que un consejo puede ser bien tolerado.

**EVITAR PREGUNTAR POR QUE:**

- La vía principal para la superación de los conflictos y problemas es la introspección, la toma de contacto y la exploración de las emociones y sentimientos: esto lleva al autoconocimiento y al cambio positivo.
- El hecho de buscar los porqués lleva a la racionalización y al auto engaño.

**NO ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL PROBLEMA DEL OTRO:**

- La ayuda no puede ser obligatoria.
- Si el profesional “siente la necesidad” de ayudar (sin contar con el otro” quizás debería plantearse de donde nace dicha necesidad (sentimientos de utilidad).
- El profesional de la ayuda sabe que cada persona tiene su momento, y aunque parezca que la necesitan no siempre están preparadas para recibirla.

**NO INTERPRETAR LA SITUACIÓN DEL OTRO:**

- El que interpreta una determinada situación puede demostrar su conocimiento, pero pocas veces ayuda.
- La figura de “espejo” que puede ejercer el profesional a la hora de reflejar las emociones de la persona puede servirle de eco para que retome el contacto con sus propias experiencias.

**CENTRARSE EN EL AQUÍ Y EN EL AHORA:**

- La realidad que hay que vivir es la del aquí y el ahora. Aunque haya que tener en cuenta las experiencias del pasado, no hay que centrarse solo en ellas.

**CENTRARSE EN LAS EMOCIONES:**

- Cuando se realiza la intervención social hay que tener presente las siguientes preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Qué expresa? ¿Cómo lo expresa?, su postura, la mirada, el tono de su voz.
- Lo que nos une a los otros son los sentimientos. Los sentimientos son lo que tenemos en común entre las personas.

- Lo importante no es tanto el mensaje sino cómo la persona vive el mensaje.
- El pensamiento unido al sentimiento es lo importante para la persona.

Se considera importante añadir los principios éticos de Biesteck, que datan de 1961, y como se observa permanecen presentes y se tienen en cuenta en la actualidad, en el proceso de acompañamiento a las personas:

**PRINCIPIO 1: INDIVIDUACIÓN:** Es el reconocimiento y comprensión de las cualidades únicas de cada cliente, y la utilización diferencial de principios y métodos para ayudar a cada uno de ellos a conseguir una mejor adaptación social. La individuación se basa en el derecho de los seres humanos a ser individuos y a ser tratados, no solo como "un" ser humano, sino como "ese" ser humano con todas sus diferencias.

**PRINCIPIO 2: EXPRESIÓN INTENCIONADA DE SENTIMIENTOS:** Consiste en el reconocimiento de la necesidad del cliente de expresar los suyos con libertad, en especial los de signo negativo. El trabajador social debe escuchar deliberadamente, sin desalentar ni condenar esa expresión e, incluso, estimulándola y alentándola a veces, cuando resulte terapéuticamente útil, como parte del servicio del Trabajo social.

**PRINCIPIO 3: PARTICIPACIÓN EMOCIONAL CONTROLADA:** Consiste en la sensibilidad del trabajador social para los sentimientos del cliente, la comprensión de sus significados y su respuesta intencionada y apropiada a esos sentimientos.

**PRINCIPIO 4: ACEPTACIÓN:** Es el principio de actuación según el cual el trabajador social percibe al cliente y trata con él, tal como realmente es, con inclusión de todas sus facultades y debilidades simpáticas y antipáticas, de sus sentimientos de signo positivo y negativo y de sus actitudes y comportamiento constructivos, manteniendo en todo momento el sentido de la dignidad innata del cliente y de su valor como persona.

La aceptación no significa la aprobación de actitudes o conductas extraviadas. El objeto de aceptación no es lo bueno sino lo real. Es la realidad que interesa para el caso. El propósito de la aceptación es terapéutico: ayudar al trabajador social a comprender al cliente tal como realmente es, haciendo así que el Trabajo Social resulte más eficaz; y ayudar al cliente a librarse de reacciones defensivas que no son de desear, de forma que se sienta libre para mostrarse y verse a sí mismo como realmente es, para que, de esta forma, pueda enfrentarse de manera más realista con sus problemas y consigo mismo.

**PRINCIPIO 5: ACTITUD EXENTA DE JUICIOS:** Es una cualidad de las relaciones del Trabajo Social, se basa en la convicción de que su tarea excluye la determinación de culpabilidad, inocencia o grado de responsabilidad del cliente en el origen de sus problemas y necesidades, pero abarca la formulación de juicios valorativos sobre sus actitudes, criterios y acciones, esta actitud, formada a la vez por pensamiento y sentimiento, transmitida al cliente.

**PRINCIPIO 6: AUTODETERMINACIÓN DEL CLIENTE:** Consiste en el reconocimiento práctico del derecho y la necesidad de éste de elegir por sí mismo y adoptar sus propias decisiones en el proceso del Trabajo Social. Correlativamente, los trabajadores sociales tienen el deber de respetar ese derecho, reconocer esa necesidad y estimular y activar esa capacidad potencial para dirigirse así mismo, ayudando al cliente a conocer y utilizar los recursos de la comunidad disponibles y adecuados, así como su propia personalidad. No obstante, el derecho del cliente a la autodeterminación se halla limitado por su capacidad para adoptar decisiones de manera positiva y constructiva, por el marco general de las leyes civiles y morales y por el régimen de la organización.

**PRINCIPIO 7: RESERVA:** Consiste en la conservación de la información secreta, referente al cliente, que se revela durante las relaciones profesionales. Se basa en un derecho fundamental del cliente, es una obligación ética del trabajador social y resulta necesaria para que el servicio de Trabajo Social sea eficaz. No obstante, ese derecho del cliente no es absoluto. Por otra parte, a menudo se comparte con otros



profesionales, bien dentro de la organización o bien en otras, es decir, entonces, obliga a todos por igual.

A continuación se detalla la Tabla 2.3 donde se expresa en dos columnas los principios de Biestek y las reglas de la Relación de Ayuda con los que se puede relacionar:

<b>Tabla 2.3.: Comparativa entre los Principios de Biestek y las Reglas Básicas en la Relación de Ayuda</b>	
<b>Principios de Biestek</b>	<b>Reglas básicas en la Relación de Ayuda</b>
Principio 1: Individuación	
Principio 2: Expresión intencionada de sentimientos	Centrarse en las emociones  Centrarse en el aquí y en el ahora
Principio 3: Participación Emocional Controlada	
Principio 4: Aceptación	Ser empático
Principio 5: Actitud exenta de juicios	No juzgar Evitar preguntar por qué
Principio 6: Autodeterminación del cliente	No interpretar la situación del otro. No asumir la responsabilidad del otro No dar consejos.
Principio 7: Reserva	

**Fuente:** Elaboración Propia basándose en Biestek (1961) y Curso de Relación de Ayuda (Fundación RAIS, 2013).

Tanto en el principio 1 (individuación) como en el principio 7 (reserva) las reglas básicas de la Relación de Ayuda se encuentran implícitas, ya que tanto el reconocimiento como “única” a cada persona, y la conservación de la información secreta de cada una de ellas, son características propias y fundamentales de dicha Relación de Ayuda.

Con esta tabla el proponente demuestra que, como se indicaba en párrafos anteriores, los principios de Biestek de los años 60, permanecen presentes y se tienen en cuenta en el proceso de acompañamiento a las personas actualmente.

## **2.7. El estilo centrado en la persona**

Cian señala que el acercamiento centrado en la persona es, ante todo, un modo de ser que encuentra su propia expresión en actitudes y comportamientos que crean un clima que promueve el crecimiento. Es más una filosofía, que una técnica o método. Cuando se vive esta filosofía, ayuda a la persona a expandir la propia capacidad, estimula cambios constructivos también en los otros y da poder al individuo. La experiencia demuestra que, cuando se advierte este poder personal, uno tiende a usarlo para una transformación personal y social. (Cian, 1995, p. 60)

“El acercamiento rogeriano -no-directivo o centrado en la persona- no pretende imponer grandes sistemas teóricos ni mitos que aseguren la salvación; simplemente pretende proponer el crecimiento, la maduración de cada persona y de los grupos, a través de una mejora profunda de las relaciones interpersonales, basada en la participación afectiva (empatía), en el abandono de roles estereotipados y la responsabilidad personal” (Cian, 1995, p. 61).

“El punto central de la teoría es que el ser humano tiene en sí mismo la potencialidad de comprenderse y de modificar las propias actitudes y sus comportamientos fundamentales, y que tal potencialidad puede activarse solo si se logra ofrecerle un clima psicológico que lo facilite y que puede definirse claramente en sus componentes esenciales” (Cian, 1995, p. 62).

### **2.7.1. La congruencia.**

No tendría sentido un proceso de relación que quisiera ser de ayuda si no estuviera basado en la disposición de la autenticidad o congruencia del ayudante, que consiste en la coherencia entre lo que es, piensa y siente, lo que vive y lo que expresa. Es la capacidad de ser él mismo en la relación, sin máscaras (Bermejo, 1998, p. 89).

Rogers recoge en su obra lo que para él significa esta actitud: “He descubierto que cuanto más auténtico puedo ser en la relación, tanto más útil resulta esta última. Esto

significa que tengo que tener presentes mis propios sentimientos y no ofrecer una fachada externa, adoptando una actitud distinta de la que surge en un nivel más profundo o inconsciente. Ser auténtico implica también la voluntad de ser y expresar, a través de mis palabras y mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. (...) Sólo mostrándome tal como soy, puedo lograr que la otra persona busque con éxito su propia autenticidad” (Rogers, 1987, p. 41).

La congruencia es como indica Bermejo (1998, p. 89), el resultado de dos factores:

- La posibilidad de que cualquier sentimiento del ayudante surja en el campo de la conciencia y sea reconocido, y
- Su disposición a comunicar al usuario los propios sentimientos con el objetivo de que la relación se cree de manera auténtica.

Como dice Cian, es el acuerdo entre experiencia y simbolización, en la conciencia y en la comunicación. En otras palabras: “Cuando mi modo de vivir y de experimentar este preciso momento está presente también en mi conciencia y cuando lo que está presente en mi conciencia lo está también en mi comunicación (Rogers), entonces soy auténtico y congruente”. (Cian, 1995, p. 105).

Una primera implicación de la autenticidad o congruencia en la Relación de Ayuda es no decir aquello que ni el mismo ayudante se cree o piensa. Es lo mínimo. (Bermejo, 1998, p. 91). No podemos ayudar diciendo frases vacías de esperanzas con el único fin de animar. Este tipo de frases deberían de ser evitadas si el ayudante quiere ser “auténtico”.

Bermejo recalca que la persona auténtica es capaz de confrontar en la Relación de Ayuda, que es capaz de presentar su opinión y sus valores, lo que significa que a la hora de dar una devolución al ayudado, además de su experiencia, aporta dicha opinión y sus valores; y siempre desde el interés por el bien de la persona a la que está ayudando.

A modo de conclusión, Cian dice que “la autenticidad (o congruencia) es honda fidelidad a sí mismo, a lo que se vive, se comprende, se prueba, se es, como consecuencia de la lucidez y de la aceptación de sí mismo. Expresar lo que se siente y, más aún, lo que se comprende y se vive, con libertad experiencial con capacidad de ver ante todo la propia experiencia, sin enmascarar la más pequeña parte: esto es la autenticidad” (Cian, 1995, p. 108).

Todo encuentro puede llegar a ser fuente de progreso y de estímulo hacia un equilibrio ulterior del ser, ¿Quién más que el amigo, está deseoso de estar totalmente presente? (Cian, 1995, p. 108).

La autenticidad evita usar consigo mismo, y por tanto con los otros, el “doble lenguaje de la comunicación verbal y de la no verbal”, que llevaría a un modo de ser contradictorio y distorsionado en el nivel inconsciente. El doble lenguaje nos hace desconfiados e inseguros en la relación y comunicación. (Bermejo, 1998, p. 106).

Cian pregunta sobre cuál es el camino para ser auténtico, y responde que es necesario conocerse y aceptarse a sí mismo, permanecer transparente ante sí mismo y ante los otros, establecer encuentros claros, aunque no se verbalicen al cliente los propios estados de ánimo que surgen durante el encuentro. (Cian, 1995, p. 106).

Esta actitud genera confianza y claridad ante la persona que nos solicita ayuda y favorece, por tanto, el proceso.

### **2.7.2. La aceptación incondicional**

Significa aceptar sin condiciones a la persona a la que se pretende ayudar, con todo su presente, su pasado y su futuro, con su modo de expresarse y de vivir, sin reservas y sin juicios de valor. (Bermejo, 1998, p. 59)

Bermejo (1998, p. 59) presenta la actitud de la aceptación incondicional en cuatro direcciones para explicar su significado en la Relación de Ayuda:

- Ausencia de juicio moralizante.
- Confianza y consideración positiva del ayudado.
- Acogida del mundo emotivo.
- Cordialidad en el trato.

**Ausencia de juicio moralizante:** Se trata de suspender por parte del ayudante todos los sentimientos, actitudes y juicios nocivos para la relación con el ayudado.

Se considera a la persona del ayudado digna de respeto, por encima de comportamientos, aunque el ayudante no los considere válidos o correctos. Esto no quiere decir, que la ausencia de juicio moralizante implique que se apruebe toda conducta como buena, sino que se evita proyectar sobre la persona la propia escala de valores.

Giordani, 1988, citado por Bermejo (1998) señala que la forma de proceder sería:

- Evitando dar órdenes o directrices.
- Exhortar o moralizar.
- Dar consejos y formular soluciones hechas.
- Expresar juicios positivos o negativos.
- Poner en ridículo al ayudado.
- Utilizar etiquetas, investigar o juzgar.
- Imponer el propio criterio sobre lo que es bueno o malo.
- Emitir veredicto sobre la persona y sus comportamientos. (p. 148).

Powell (1989) hace referencia a la relación interpersonal con lo siguiente: "Sencillamente, no estoy lo bastante maduro para entablar una verdadera amistad si no caigo en la cuenta de que no puedo juzgar acerca de la intención o motivación de

otra persona. Debo ser lo suficientemente humilde y sensato como para respetar la complejidad y el misterio de todo ser humano. Si te juzgo, lo único que hago es revelar mi propia inmadurez y mi ineptitud para la amistad" (p. 49).

Bermejo (1998) recoge de Marroquín, 1991, que Rogers plantea que la aceptación incondicional incluso en los que se equivocan, quizá se logre más eficazmente que cambien de vida. El interés que supone esta actitud es tal que Rogers no duda en emplear la palabra "amor" al decir: "Supone un amor por el cliente tal como es, suponiendo que consideramos la palabra "amor" como equivalente del término teológico "ágape" y no con su habitual significación romántica o posesiva. No me refiero a un sentimiento paternalista, ni sentimental, ni superficialmente social o agradable. Respeta a la otra persona como un individuo distinto, y no lo posee. Es una clase de inclinación que tiene fuerza, pero no es exigente. Nosotros le hemos dado el nombre de consideración positiva" (p. 49).

**Confianza y consideración positiva del ayudado:** La aceptación incondicional supone fiarse del otro (Bermejo, 1998, p. 60). Se trata de fiarse de sus recursos, de su capacidad de desear el bien y de decidir en consecuencia, aun sabiendo que se puede equivocar. En el acercamiento centrado en la persona confiamos en la tendencia constructiva del ser humano hacia un desarrollo más diferenciado y completo (Cian, 1995, p. 58).

La confianza es una de las actitudes que fundamenta el no directivismo de este modelo de Relación de Ayuda (Bermejo, 1998, p. 63). Es necesario hacer algunas aclaraciones siguiendo a Bruno Giordani (1988):

- No se trata de evitar todo tipo de influjo sobre el ayudado, sino que tiende a estimular activamente la tarea del ayudado y que éste se clarifique y tome decisiones constructivas.
- La consideración positiva y la confianza en el ayudado no se han de considerar como una aceptación de todo tipo de comportamiento como bueno, correcto, válido.

- El proceso terapéutico de ayuda, de cambio, significa un compromiso por “caminar juntos” que compromete también al ayudante.
- Confiar en el ayudado hace que el ayudante se centre en el ayudado con unas actitudes concretas, entre las cuales se encuentra esta visión positiva y el protagonismo reconocido al destinatario de la Relación de Ayuda.

<b>Tabla 2.4.: Aclaraciones sobre las Actitudes del No-Directivismo:</b>	
<b>Hay quienes creen que la No-Directividad:</b>	<b>La verdadera No-Directividad:</b>
Se debe evitar todo tipo de influjo sobre el ayudado.	Se abstiene de intervenciones que estructuren el campo perceptivo del ayudado, pero estimula activamente la tarea del ayudado para que éste se clarifique y tome decisiones constructivas.
Es como un “laissez faire” para que el ayudado dé curso libremente a sus iniciativas.	La consideración positiva y la confianza en el ayudado no se han de traducir en una aceptación de todo tipo de comportamiento como bueno, correcto, válido.
Es la ausencia de compromiso del ayudante en la situación del ayudado, descargando toda responsabilidad en éste.	Es un compromiso por “caminar juntos” que compromete también al ayudante.
Un fin en sí misma y con un valor absoluto para el diálogo de ayuda.	Confiar en el ayudado hace que el ayudante se centre en el ayudado con actitudes concretas: visión positiva, protagonismo...

**Fuente:** Elaboración propia basado en Bruno Giordani (1988).

**Acogida del mundo emotivo:** Se trata de tener en cuenta el mundo de los sentimientos. Resulta de extraordinaria importancia que el ayudante realice un proceso de integración de su propio mundo emotivo, porque muchas veces la causa que lleva a no acoger los sentimientos del ayudado de manera incondicional es la no integración por parte del ayudante del mundo de sus propios sentimientos. Si uno es capaz de reconocer, aceptar e integrar los propios sentimientos, en esa misma medida será capaz de comprender los del que sufre, sin recurrir a la negación de los mismos.

Es necesario tomar conciencia de los sentimientos propios y de los estados de ánimo, y darles nombre. Hay personas que no se dan cuenta de lo que acontece en su mundo emotivo y no lo reconocen. Dice Bermejo que el que advierte y reconoce un sentimiento, no por ello deja de ser influido por él, pero es más dueño de sí mismo y quizás podrá encauzarlo de manera más apropiada en relación con el otro.

Bermejo continúa diciendo que una vez que se han reconocido esos sentimientos, es necesario aceptarlos. Los sentimientos, en sí mismos, no son buenos ni malos. Depende del uso que cada uno haga de ellos. A este respecto, Powell dice: “Teóricamente, la mayoría de nosotros admitiría que las emociones no son ni meritorias ni pecaminosas. El sentirse frustrado, el estar enfadado, el tener miedo o el encolerizarse no hacen que una persona sea buena o mala. En la práctica, sin embargo, la mayoría de nosotros no acepta en su vida cotidiana lo que estaría dispuesto a admitir en teoría, y todos practicamos una censura bastante estricta de nuestras emociones. Si nuestra conciencia censora no acepta determinadas emociones, reprimimos éstas en nuestro subconsciente. Los expertos en medicina psicosomática afirman que la causa más frecuente del cansancio y de auténticas enfermedades es la represión de las emociones. Lo cierto es que hay emociones que no estamos dispuestos a reconocer. Sentimos vergüenza de nuestros miedos, o nos sentimos culpables de nuestra ira o de nuestros deseos físico-afectivos. (...). Debo estar convencido de que las emociones no entran en el terreno de lo moral, no son buenas ni malas en sí mismas. Y también debo estar convencido de que la experiencia de toda la amplia gama de emociones forma parte de la condición humana y es patrimonio de todo ser humano. (...) La no represión de nuestras emociones significa que debemos experimentar, reconocer y aceptar plenamente nuestras emociones. Lo cual no implica en modo alguno que debamos siempre obrar de acuerdo con ellas” (Powell, 1989, p. 52-54).

**Cordialidad en el trato:** Se trata de un afecto que se traduce en términos de bondad, afabilidad, gentileza... (Bermejo, 1998, p. 74). No se trata de un “ternurismo blandengue”, sino del respeto sagrado a la persona del ayudado, traducido también en



términos de cordialidad y afabilidad, por más que el ayudante pudiera estar en contra de los planteamientos, opiniones o valores presentador por el ayudado.

### **2.7.3. La empatía**

Continuando la obra de Bermejo (1998) se hace un recorrido por los elementos de la Relación de Ayuda desde un estilo centrado en la persona inspirados en los propios de Carl Rogers, siendo estos los siguientes: la actitud empática, la escucha activa y la aceptación incondicional en la Relación de Ayuda (ya mencionada con anterioridad).

Se considera la “comprensión” como uno de los elementos básicos para que en un encuentro entre personas sirva de ayuda.

La comprensión entendida no solo como la capacidad de captar el significado de la experiencia del otro, sino también de devolver el significado de quien lo vive con el fin de llegar a que sienta que es comprendido.

Marroquín, 1991, citado por Bermejo (1998), señala que la actitud a tener en cuenta para captar el mundo de referencia de la otra persona a la que se pretende ayudar es la “empatía”. En inglés sería “empathy”, traducción que realiza Titchener del término alemán “*emfühlung*”. Así, etimológicamente, su significado lo expresa Repetto de la siguiente forma: “Podemos afirmar que etimológicamente, a diferencia de la “simpatía”, que es sentir con, co-sentir, la empatía es sentir-en, sentir-desde dentro... Requiere una introducción, pero una introducción que no anule jamás la distancia, que no sea una disolución del propio yo en el ajeno o, a la inversa, del yo ajeno en el propio” (p. 26).

Bermejo (1998) menciona a Carkhuff y señala que la empatía es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y de comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta. Este autor considera que si se da esta empatía, el ayudante expresará clara y explícitamente los

sentimientos que el ayudado experimenta de una manera difusa o patente; de lo contrario, el ayudante comprenderá muy poco o prescindirá de lo que el ayudado vive y trata de comunicar. (p.26).

Con esto, Bermejo considera que la empatía es, por tanto, una actitud, una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas (de modo especial la escucha activa y la respuesta comprensiva). Es la actitud fundamental para hacer un camino junto a la persona que se quiere ayudar.

También Casera, 1982, citado por este autor (Bermejo, 1998), indica que la actitud empática implica la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de otra, es decir, a comprender su estado emocional, a tomar conciencia íntima de sus sentimientos, a meterse en su experiencia y asumir su situación. A esto se le llama “empatía”. Es más que sentir lo mismo que el otro (simpatía). Se trata de recibir y comprender los estados emotivos. Es ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente; es caminar con los zapatos del otro durante una parte del camino. (p. 26).

Parafraseando a Bermejo y Rogers, Gómez (2010) señala que las habilidades por parte del profesional son la base de la comunicación del proceso:

- Actitud Empática o Comprensión Empática, en la primera fase de aproximación es necesario transmitir la comprensión de las necesidades, significados y sentido que a su situación estamos dando tanto con el lenguaje verbal como con el lenguaje no verbal.
  - Es necesario destacar la destreza de la escucha activa, generar confianza y respeto de los ritmos de la persona. La empatía como actitud se traduce en habilidades de comunicación, en la observación, la escucha activa y la respuesta empática.
  - La comprensión empática debe seguir unos objetivos básicos:
    - Comprender lo que vive el usuario.
    - Contrastar para corregir la propia percepción.

- Dar a entender que es la persona y sus sentimientos lo que nos interesa.
- La empatía nos permite una aproximación al mundo del otro con la objetividad que marca la profesionalidad de la posición y el contexto en el que estamos.
- La Aceptación Incondicional: Implica la ausencia de juicio moral en la relación con el otro. Supone aceptar incondicionalmente sus decisiones y su persona.
  - Cuando el usuario percibe esta actitud se siente seguro y aprende a ser él mismo, se abre, no oculta su manera de ser porque se siente aceptado, y se acepta tal como es, SE MUESTRA.
- La Autenticidad: Es la coherencia entre lo que la persona es y lo que piensa. Debemos dar valor al hecho de creer en la persona y en sus recursos.
  - Solo desde el hecho de pensar que “tú puedes” podremos intervenir adecuadamente y transmitir autenticidad al usuario.
- El Respeto: desde la escucha activa y comprensión. La persona tiene capacidad de escoger y por consiguiente posee criterios propios y puede ser capaz de reconocer lo que le es bueno.
  - El papel del profesional será el de reformular la incoherencia del proceso desde una visión objetiva y respetuosa. (p. 171-172).

Para poner en marcha la “metodología” (Gómez, 2010, p. 172) es necesario utilizar las siguientes técnicas:

**1.- La escucha activa.** La escucha conlleva una respuesta empática, más que dar soluciones se trata de razonar juntos, descubrir soluciones juntos.

**2.- La respuesta empática a través de la “reformulación”.** Es el hecho de volver a formular la situación conflictiva expresada pero sin carga afectiva.

**3.- La reiteración o reformulación simple.** Que consiste en resumir en pocas palabras lo que la persona ha querido expresar.

**4.- La reformulación desde el trabajo de los sentimientos.** Tiene como finalidad extraer de lo que la persona nos explica, lo que no manifiesta.

**5.- El discernimiento.** Destaca los sentimientos y actitudes que no provienen de las palabras de la persona ayudada pero que pueden ser deducidos por la forma de comunicar.

**6.- La síntesis.** Con la síntesis se destacan los elementos claves que la persona ayudada ha contado relacionándolos con otros.

**7.- La confrontación** supone que se llevará a término en el momento que la persona se reconozca en una situación de comportamientos incoherentes.

**8.- La especificad / personalizar.** Supone ampliar el nivel de comprensión entre el profesional y el usuario desde las experiencias vividas en interacciones que se dan entre ambos.

**9.- Centrar a la persona.** Ayudar a la persona a identificar sus partes más fuertes de su personalidad y revisar experiencias de crecimiento personal.

Bermejo (1998, p. 26 y ss.) recoge diferentes significados de “**empatía**” que a continuación se muestran en la siguiente tabla:

<b>Tabla 2.5.: EMPATIA ES:</b>
Una actitud, una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas (escucha activa y respuesta comprensiva)
Una disposición interior de la persona
La posibilidad de asimilar la persona del otro.
Diferente de la simple “simpatía”
Un movimiento unilateral hacia el otro
Fruto de una disposición interior que tiene que ver con los valores del ayudante.
Un conocimiento que va más allá de las apariencias y de las manifestaciones de la conducta del otro.
Una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro
Un esfuerzo intenso por sintonizar con el otro

**Fuente:** Elaboración propia tomando la información de la obra de Bermejo (1998).

Se trata, pues, “de una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro. Se trata, además, de un esfuerzo intenso por sintonizar con

el otro: ¿Qué significan para él sus manifestaciones?, ¿qué siente el otro?, ¿qué dicen tales manifestaciones sobre su mismidad?, ¿cuál es su “mensaje profundo”? Se trata de una percepción sensible, empática, sin prejuicios, sin juicios de valor, exacta, del mundo interior del otro (Dietrich, 1986, p. 116).

Carl Rogers dice: “Pienso que una de mis mejores maneras de aprender –pero también una de las más difíciles- consiste en abandonar las propias actitudes de defensa, al menos temporalmente, y tratar de comprender lo que la experiencia de la otra persona significa para ella” (Rogers y Rosenberg, 1989, p. 244).

Quizás para el ser humano, una de las experiencias más gratas es la de sentirse comprendido: saber que el otro está en sintonía con él y que le acompaña en el discurso, vivencialmente.

**2.7.3.1. Fases de la empatía** *(Al hablar de fases, queremos referirnos a “momentos” o “elementos” de la actitud, pero también a un cierto proceso diacrónico, además de sincrónico, de la vivencia de la actitud). (Bermejo, 1998).*

Algunos autores, aun a riesgo de excederse en el uso de “licencias pedagógicas”, hablan de “fases de empatía”. Difícilmente se puede atribuir el término “fases” a una actitud en el sentido en que aquí se presenta; pero parece que su descripción resulta útil para comprender el verdadero significado de esta disposición interior. Por eso conviene indicar, con Casera (1983, p. 49), que la actitud empática es un proceso que se puede presentar con las siguientes fases:

1.- Fase de identificación. El ayudante penetra en el campo del otro. La experiencia que el otro está viviendo –y sufriendo- no deja indiferente a su espíritu; más bien, lo acapara, lo conmueve y lo envuelve. No hace nada para defenderse de esta irrupción de sentimientos ajenos en su sólida esfera personal. Incluso llega a proyectarse en el otro, a “identificarse con él”, como si se dijese a sí mismo: “Verdaderamente, también yo, si fuera él y estuviera en sus circunstancias, sentiría las mismas reacciones, obraría

de la misma manera”. En el fondo, es la fase que mejor describe el arte de “meterse en el pellejo del otro” identificándose con su persona y con su situación. Naturalmente, tal identificación, aunque profunda e intensa, es temporal y actitudinal.

2.- Fase de incorporación y repercusión. Es un paso más. El otro se describe, en general, superficialmente, pero delata y revela impulsos secretos. También nosotros estamos hechos así por dentro, y cuanto el otro dice nos repercute internamente. Es la experiencia del “también yo” (incorporación). Es algo más que la identificación con la experiencia ajena. Mirándome a mí mismo, en el fondo, también a mí me pertenecen elementos semejantes de la experiencia que pretendo comprender, por más lejana que pudiera parecerme a primera vista.

Además, si me auto observo en la relación, los impulsos del otro despiertan inconscientemente en mí impulsos correspondientes o un conjunto de sentimientos: “no sé qué decir”, experimento ansiedad, “vibro con él”. Prácticamente, la observación del otro se hace observación de uno mismo. Esto permite ser dueño del propio mundo emotivo cuando se hace el esfuerzo de captar el ajeno.

3.- Fase de separación. Llega el momento de retirarse de la implicación en el plano de los sentimientos y de recurrir al método de la razón, interrumpiendo deliberadamente el proceso de introyección y restableciendo la distancia social y psíquica con serenidad y entereza, evitando posibles sentimientos de culpa al sentirse uno mismo perfectamente en comparación con quien se halla en una situación de sufrimiento. Sin esta fase de separación, hay grave riesgo de quemarse y vivir el síndrome del “burn-out”. No hay empatía si no se da separación. Más bien se produciría simpatía o identificación emocional; pero “empatía” significa “penetración en el mundo e los sentimientos ajenos, permaneciendo uno mismo” (Bizouard, 1989, p. 85)

La empatía, por tanto, se centra en lo que el ayudado vive, en lo que realmente comunica con su lenguaje verbal y no verbal, en la experiencia personal del ayudado, lo cual supone ir más allá de lo que el ayudado dice y no entrar excesivamente en el terreno de la interpretación (lo que el ayudado parece “revelar”). Supone hacer un

esfuerzo por identificar hechos y sentimientos y prestar una especial atención a estos últimos, que es el modo más personal de vivir la propia situación, el propio problema.

### **2.7.3.2. Efectos de la empatía sobre el ayudado**

La empatía, en las relaciones habituales es el segundo polo de la buena comunicación, porque permite comprender de manera ajustada, precisa, el mensaje que el otro comunica, siendo el primero la autenticidad, porque permite transmitir mensajes reales. En las relaciones habituales se funciona con la autenticidad y la empatía bidireccionalmente. En la Relación de Ayuda, en cambio, la empatía es unidireccional; es decir, el ayudante deja de lado su mundo interior y se centra en el mundo del otro, comunicándole comprensión y poniéndose a sí mismo entre paréntesis.

Algunos tienen la ventaja de haber pasado por una situación semejante a la del ayudado, para comprenderle. Sin embargo, si bien esto puede ser así, es necesario que el ayudante ponga su experiencia entre paréntesis y evite todo tipo de proyección. En otras palabras, el “te comprendo perfectamente, porque a mí me ha pasado lo mismo”, puede ser una expresión vacía. La actitud del ayudante debería ser: “Te comprendo porque veo las cosas desde tu punto de vista, y mi experiencia –semejante a la tuya- me permite –sin proyectar- hacerme cargo de lo que tú manifiestas que significa ahora esto para ti”.

Según Tausch y Tausch (1987) los beneficios de esta actitud serían los siguientes:

- suscita sentimientos y experiencias relevantes;
- estimula la autoexploración;
- favorece la autoconfrontación;
- transforma constructivamente a los interlocutores.

Por su parte, Dietrich (1985) señala los siguientes beneficios de la empatía:

- favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad;
- intensifica el diálogo crítico con las propias vivencias;
- alivia, al exteriorizar la carga afectiva;
- favorece la aceptación de sí mismo;
- despoja de las apariencias y las máscaras.

En otras palabras, cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento, o terapéuticas, en relación a sí misma.

Rogers y Rosenberg, hablando de los efectos de la empatía sobre el ayudado, escriben: “Podemos afirmar que, cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento, o terapéuticas, en relación a sí misma. Me explicaré. 1). La característica no estimativa y aceptadora del clima empático capacita al cliente para asumir una actitud de estima e interés por sí mismo. 2). Ser oído por una persona comprensiva le hace posible oírse a sí mismo de un modo más correcto, con mayor empatía en relación a sus vivencias viscerales, a sus significados, los cuales percibe sólo vagamente. Pero, 3). La mayor autocomprensión y la autoestima le muestran nuevos aspectos de la experiencia que pasan a formar parte de un “sí mismo” y sus vivencias. Se vuelve así más aceptadora e interesada, más empática y comprensiva, más real y congruente en sus actitudes en relación a sí misma. Estos tres elementos son precisamente aquellos que tanto la experiencia como la investigación señalan como actitudes de un terapeuta eficiente. Así pues, quizá no exageremos al afirmar que el hecho de ser empáticamente comprendido por otra persona capacita al individuo para convertirse en un facilitador más eficiente de su crecimiento, en un terapeuta más eficaz de sí mismo”. (Rogers y Rosenberg, 1989, p. 101)

La comprensión que resulta cuando la otra persona se encuentra apesadumbrada, confusa, perturbada, ansiosa, alienada, aterrorizada, excluida..., así como cuando tiene dudas acerca de su propia valía, o incertidumbres respecto de su identidad, la



solidaridad afable y sensible que se produce como resultado de la actitud empática proporciona luz y curación.

### **2.7.3.3. Dificultades de la empatía**

Brusco, 1993, citado por Bermejo (1998) escribe que, ser empático significa, ante todo, meterse en el mundo subjetivo del otro participando en su experiencia como si fuese la propia y, en segundo lugar, transmitir al interlocutor la certeza de que ha sido comprendido. Se trata de una actitud exigente, que sólo llega a ser espontánea mediante el adiestramiento.

Existen numerosas dificultades para desarrollar la actitud empática en las propias relaciones y en las de ayuda. Algunas de ellas, en estrecha relación con las fases de las que hemos hablado, son las siguientes:

1. La empatía exige la capacidad de “meterse en el punto de vista del otro”, poniendo entre paréntesis, aunque sólo sea temporalmente, las propias opiniones, creencias, gustos... Para alcanzar este objetivo es necesaria una disciplina, un sentido del límite y un respeto de la diversidad. Esta disposición va contra la inclinación más natural, que consiste en tender a tranquilizar, a dar consejos, a proponer soluciones inmediatas, fruto del influjo del eficientismo en la comunicación interpersonal. Es más fácil juzgar e interpretar que comunicar comprensión entrando en el mundo personal y único del ayudado. Y es fácil que los agentes pongan en práctica diversas maniobras para impedir el encuentro con el mundo emotivo del paciente: la prisa, el recurso de la técnica, la reducción de la atención sólo a la enfermedad o al problema que el otro tiene o al mero acto de la asistencia física o de la intervención social, etc. Todo ello puede convertirse, en ocasiones, en modos de defenderse de la implicación emotiva.

2. Otra dificultad de la empatía es que, si realmente el ayudante se mete en el mundo interior del ayudado, su propia persona queda afectada, se encuentra con la propia vulnerabilidad. El mayor desafío de la empatía lo constituye el hecho de que hace vulnerables a los que la practican y susceptibles de verse heridos por la vivencia del interlocutor. El ayudante es un potencial necesitado de ayuda que puede descubrir su condición en el contacto con el sufrimiento del otro, o bien que ha sido ayudado en otros momentos y quizá no haya curado bien sus propias heridas, por lo que éstas se “despiertan” en el contacto con la vulnerabilidad del ayudado, y aparece la necesidad de usar “máscaras” de protección en la relación.
3. Una dificultad más para poner en práctica la relación empática surge cuando no se consigue calibrar debidamente el grado de implicación emotiva, de modo que del comprender al otro como si fuera el otro se pasa a la simpatía, es decir, a la identificación emocional, a hacer propios los sentimientos del ayudado y a experimentar lo mismo que él. En el fondo, es una dificultad que consiste en no saber vivir bien la separación emotiva o en no saber mantener la distancia afectiva que permite una mayor objetividad. Si esta dificultad es vivida intensamente, es fácil caer en el síndrome del “burn-out”. (p. 86).

## **2.8. La Escucha activa**

Bermejo considera que la actitud empática es una disposición interior, y para que ésta se manifieste en la relación de manera visible y eficaz ha de traducirse en habilidades de comunicación. Por eso, la persona que está en disposición empática, bien entrenada, será capaz de escuchar activamente, porque solo así podrá tener acceso a la comprensión de la experiencia del que quiere ayudar. (Bermejo, 1998, p. 33).

Es necesario hacer especial hincapié que la comunicación tiene que manifestarse para poder establecer una verdadera Relación de Ayuda desde la empatía.

Alemany incide en que “Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc...Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al -dejar de hablar-” (Alemany, 1995, citado por Bermejo, 1998)

Por tanto siguiendo a estos autores, tanto a Alemany como a Bermejo, la escucha exige disposición a acoger el mundo exterior, el mensaje que se nos envía. Es necesaria la atención para que realmente la escucha tenga lugar.

Marroquín (1991) señala que R. Carkhuff distingue tres tipos de atención:

- 1.- La atención física,
- 2.- La observación
- 3.- La escucha.

La **atención física** constaría de otros elementos:

a).- la disposición para descubrir al otro y atender los aspectos físicos en lo que se pueda;

b).- el atender contextual, que considera la disposición de las personas y los objetos en el espacio;

c).- y el atender personal, que sería el interés por la persona del que se comunica y cuyos mensajes se manifiestan a través del lenguaje no verbal: mantener la distancia adecuada, contacto visual proporcionado, leve inclinación hacia el otro, etc...

Estos elementos son importantes en la conversación, ya que en sí mismos son mensajes expresados y comunicados. Sin palabras le decimos al otro que nos interesa, que nos centramos en su persona.

Por otra parte, resulta de utilidad que el ayudante reciba otros elementos de la experiencia del otro a través de la observación.

La **observación** permite captar y entender la conducta o comportamiento no verbal del otro. Si la observación de la conducta no verbal es adecuada puede ayudar en gran medida la comprensión empática. Fundamental es el grado de congruencia externa (que realmente es como aparece) que se expresa a través de la compostura corporal, la postura y el movimiento de manos o de cualquier parte del cuerpo del ayudado.

Estos dos elementos: la atención física y la observación resultan de la habilidad de **escuchar**. Lo que dice y cómo lo dice nos expresa cómo se ve la persona ayudada a sí misma y el contexto que le rodea. “Escuchar” es pues entender la atención plena y no dividida de la persona, en orden a oír todo lo que quiere expresar.

Con la escucha cercana y la observación el ayudante expresa no solo los datos esenciales del problema sino también demuestra que está vitalmente interesado en ayudar. (p. 109).

Bermejo (1998, p. 35) recoge diferentes significados del término “**escuchar**”, y a continuación se detallan en la siguiente tabla:

<b>TABLA 2.6.: ESCUCHAR ES:</b>
Mucho más que oír
Poner atención para oír
Querer comprender
Supone tener en cuenta que hay un mundo más grande detrás de las palabras
Es centrarse en el otro
Supone hacer callar al conjunto de voces que murmuran dentro de nosotros
Supone utilizar el “tiempo libre mental” en centrarlo en la persona que comunica.
Supone un cierto “vacío de sí”, de las cosas propias y de los prejuicios.
Es “hospedar” sin condiciones y sin ceder nuestro “estar de acuerdo” a bajo precio (pasividad).
Es acoger las expresiones de la vida del otro.

**Fuente: Elaboración propia tomando la información de la obra de Bermejo (1998).**

Siguiendo a Bermejo (1998), Brusco recoge la siguiente definición de “escucha”:

“La escucha es ciertamente una de las formas más eficaces de respeto. Su importancia es subrayada por cualquier escuela psicológico (...), además de por la común reacción de la gente. Piedra angular sobre la que se basan todas las respuestas generadoras de ayuda, la escucha es una de las “caricias positivas” más apreciadas por la gente. En efecto, cuando uno se siente escuchado, tiene la cálida percepción de tener valor a los ojos del interlocutor” (p. 37).

Natalia Rodríguez (2010) en su investigación publicada en Documentos de Trabajo Social, indica que la Relación de Ayuda es muy importante en relación con el éxito de la intervención social pero hace falta también que el ayudado quiera la ayuda y conseguir los instrumentos de esa relación en beneficio de los objetivos profesionales y conocer los límites del ayudado; de esta manera, nos enriquecerá personalmente trabajando la desvinculación para conseguir la autonomía.

Las diversas técnicas que se utilizan en la Relación de Ayuda son: empatía, aceptación, escucha activa, no juzgar, honestidad, individualización, control de las contratransferencias, respeto del ritmo del usuario, clarificación, secreto profesional, establecimiento de límites, confianza y calidez. (p. 38).

Nuestra actuación debe estar basada en el cliente y para el cliente (Rodríguez, 2010, p. 38).

La posición del trabajador social es procurar que la Relación de Ayuda sea la adecuada. Los entrevistados señalan la importancia de la motivación continuada en el tiempo para que el usuario produzca el cambio. Es necesario que el usuario sienta la necesidad de CAMBIO.

La Relación de Ayuda no la podemos considerar como un marco metodológico, ni como una directriz simplista, sino que es el propio tratamiento, que unido a otras actividades y recursos formarán el plan de intervención social. (Rodríguez, 2010, p. 39).

La autonomía del cliente debe ser la finalidad de nuestra intervención ya que si no estaremos generando relaciones de dependencia o como las llamo Watzlawick relaciones asimétricas.

También recoge Mañós (1998) que la Relación de Ayuda se basa en una escucha activa y determina tres tipos de diálogo:

- 1.- El auténtico, no importa si es hablado o en silencio, se basa en la reciprocidad de la comprensión, en la voluntad de comprender al otro.
- 2.- El técnico, basado únicamente en la escucha objetiva de información. La información es un proceso unidireccional en el que la persona es informada pasivamente.
- 3.- El monólogo, con apariencia de diálogo en el que dos o más personas hablan siempre consigo mismas. (p. 17).

A continuación se recoge, en la siguiente tabla, el resumen de las habilidades básicas para el desarrollo de la Relación de Ayuda:

<b>TABLA 2.7.: HABILIDADES BÁSICAS PARA EL DESARROLLO DE LA RELACIÓN DE AYUDA</b>			
<b>CONGRUENCIA / AUTENTICIDAD</b>	<b>ACEPTACION INCONDICIONAL</b>	<b>EMPATIA</b>	<b>ESCUCHA</b>
La posibilidad de que cualquier sentimiento del ayudante surja en el campo de la conciencia y sea reconocido.	Ausencia de juicio moralizante.	Una actitud, una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas (escucha activa y respuesta comprensiva).	Mucho más que oír.
Disposición a comunicar al usuario los propios sentimientos.	Confianza y consideración positiva del ayudado.	Una disposición interior de la persona.	Poner atención para oír.
Expresar lo que se siente.	Acogida del mundo emotivo.	La posibilidad de asimilar la persona del otro.	Querer comprender.
Expresar lo que se comprende y se vive.	Cordialidad en el trato.	Diferente de la simple "simpatía".	Supone tener en cuenta que hay un mundo más grande detrás de las palabras.
Capacidad de ver la propia experiencia.		Un movimiento unilateral hacia el otro.	Es centrarse en el otro.
		Fruto de una disposición interior que tiene que ver con los valores del ayudante.	Supone hacer callar al conjunto de voces que murmuran dentro de nosotros.
		Un conocimiento que va más allá de las apariencias y de las manifestaciones de la conducta del otro.	Supone utilizar el "tiempo libre mental" en centrarlo en la persona que comunica.
		Una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro.	Supone un cierto "vacío de sí", de las cosas propias y de los prejuicios.
		Un esfuerzo intenso por sintonizar con el otro	Es "hospedar" sin condiciones y sin ceder nuestro "estar de acuerdo" a bajo precio (pasividad).
			Es acoger las expresiones de la vida del otro.

Fuente: Elaboración propia, basada en la obra de Bermejo (1998)

## **2.9. Funciones del profesional durante la Relación de Ayuda**

Para abordar este epígrafe se recogerá lo que H. Peplau (1962) indica con respecto a la Relación de Ayuda. Cibanal (2003) señala de este autor que el profesional ayuda al cliente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, afín de progresar en la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas, destacando que el profesional ayuda al cliente a: observar su comportamiento, describirlo detalladamente, analizarlo con él, formular claramente los resultados de su interpretación, validar con otros miembros del equipo esta formulación, verificar sus nuevos comportamientos, elaborar modos de funcionamiento más satisfactorios, y utilizarlos en las situaciones cotidianas de la vida. (p. 117).

Cibanal (2003) recoge del autor anteriormente mencionado, Peplau (1962), algunas de las funciones más fundamentales que tiene que tener el profesional en la Relación de Ayuda son las siguientes:

- Ser una persona a quien se pueda recurrir.
- Ser para el cliente como un “espejo”.
- Desempeñar el rol de acompañante.
- Rol de compensar su déficit de unas relaciones humanas.
- Ser un consejero en determinadas situaciones.
- Desempeñar un rol de prevención.

## **2.10. Fases en la Relación de Ayuda**

En el proceso de la Relación de Ayuda se establecen las siguientes fases (Cibanal, 2003, p. 139):

- Configuración del encuentro personal: Acogida y orientación.
- Exposición, clarificación, identificación y definición del problema.
- Confrontación y reestructuración del problema.
- Iniciación al plan de acción:
  - . Decidir los objetivos.



. Planificar las actividades.

- El fin de la relación o la separación.

A continuación se detalla una tabla con el fin de exponer los objetivos de esas fases, las actitudes del profesional y las actitudes del cliente en la Relación de Ayuda:

<b>TABLA 2.8.: FASES, OBJETIVOS, ACTITUDES QUE DEBE TENER EL PROFESIONAL Y ACTITUDES QUE PUEDE TENER EL CLIENTE EN EL PROCESO DE LA RELACIÓN DE AYUDA.</b>			
<b>FASES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTITUDES QUE DEBE TENER EL PROFESIONAL</b>	<b>ACTITUDES QUE PUEDE TENER EL CLIENTE</b>
<b>Configuración del Encuentro Personal. Acogida y Orientación</b>	<p>Crear un clima de confianza con el cliente.</p> <p>Ayudar al cliente a encontrarse a sí mismo.</p> <p>Escuchar desde el reconocimiento y aprobación de la existencia del cliente.</p>	<p>Acogida:</p> <p>Saludo Inicial.</p> <p>Acogida y presencia.</p> <p>Acoger al otro sin prisa.</p> <p>Acoger y aceptar las diferencias del cliente.</p> <p>Actitudes prácticas de una acogida satisfactoria (paciencia, firmeza, manejo de la distancia terapéutica, coherencia, humor).</p>	<p>Acogida:</p> <p>Desconfianza.</p> <p>Confusión.</p> <p>Bajo grado de vitalidad.</p> <p>Tristeza, depresión, desesperación.</p> <p>Agresividad.</p> <p>Falta de información.</p> <p>Preocupación.</p> <p>Indiferencia hacia el profesional.</p> <p>Otros positivos: Aceptación, cordialidad, confianza...</p>
<b>Exposición, Clarificación, Identificación y Definición del Problema</b>	<p>Clarificar, comprender y definir el problema.</p>	<p>Escuchar la demanda.</p> <p>Clarificar la demanda.</p> <p>Clarificar y comprender el problema del cliente.</p> <p>Apertura de espíritu.</p> <p>Aptitud negociadora</p> <p>Compromiso</p> <p>Responsabilidad.</p> <p>Autenticidad</p> <p>Actitud empática.</p> <p>Calidez humana.</p> <p>Actitud de concreción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha activa.</li> </ul>	<p>Actitud de huida o negación a continuar la entrevista.</p> <p>Actitudes de resistencia.</p> <p>Transferencia y contratransferencia.</p>
<b>Confrontación y reestructuración del problema</b>	<p>Ayudar al cliente a introducir un cambio en su visión del problema.</p> <p>Empatizar con el cliente.</p>	<p>Evitar juicios y consejos.</p> <p>Valorar todo lo positivo del cliente.</p> <p>Permitir al cliente aumentar su repertorio de comportamientos.</p> <p>Reflejar fielmente al cliente la toma de conciencia.</p>	<p>Ser responsable de sí mismo.</p> <p>Mecanismos de defensa frente a la confrontación.</p>

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTITUDES QUE DEBE TENER EL PROFESIONAL</b>	<b>ACTITUDES QUE PUEDE TENER EL CLIENTE</b>
<b>Iniciación al Plan de Acción</b>	Reflejar los pros y contras de los diferentes objetivos y acciones. Establecer un diagnóstico.	Ofrecer feedback al cliente. Apoyar y reforzar las decisiones del cliente. Ayudar al cliente a establecer objetivos y acciones. Ayudar al cliente a pasar a la acción. Examinar con el cliente sus dificultades, miedos, ansiedad... Debe mostrarle empatía, respeto, cordialidad y comprensión. Tener en cuenta el ritmo del cliente y estimularlo. Ayudar al cliente a descartar las ideas irracionales. Saber que la responsabilidad de la ejecución del plan de acción corresponde al cliente. Reconocer el potencial del cliente. No proponer objetivos utópicos o vagos.	Actitud de confianza en sí mismo. Miedo, ansiedad, angustia. Concienciarse y aceptar la nueva visión de la realidad. Tener menos ambivalencia, aceptación y comprensión de sí mismo y de los otros. Reconocer que no solamente hay problemas sino también recursos para poder resolverlos. Salir de su aislamiento. Aceptar sus emociones y sentimientos. Comprometerse y responsabilizarse en la puesta en marcha del plan de acción. Motivación para implicarse en el proceso de cambio. Actitud realista.
<b>Separación</b>	Separación en el proceso.	Mostrarse crítico con sus emociones y comportamientos. Sentimiento de culpabilidad ante el abandono al cliente. El profesional debe tener clara su autoestima. El profesional debe limitar su regresión y rehacer el funcionamiento adquirido durante la relación.	Dificultades para asumir la separación. Angustia. Toma de conciencia de que la relación debe terminar. Periodo de duelo. Separación definitiva e interiorización de la Relación de Ayuda. Reacciones: Agresividad, hostilidad, Proyección, Aislamiento, Regresión, Racionalización.

**Fuente: Cibanal (2003)**

Cibanal (2003, p. 159) toma como referencia a C. Rogers y a R. Carkhuff para detallar las actitudes del profesional en la Relación de Ayuda. Considera que “la psicología humanista es la más adecuada para establecer la Relación de Ayuda en el campo de la salud. La psicología humanista considera al ser humano como un individuo en evolución, activo y único”.

### **2.11. El Acompañamiento Social**

A continuación se hace referencia a un documento que ofrece el análisis del “acompañamiento social”. Teniendo en cuenta este documento “El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión” realizado por 33 profesionales de Servicios Sociales de Base de la Comarca de Pamplona, Unidades de Barrio del Ayuntamiento de Pamplona y Entidades del Tercer Sector sobre las reflexiones y conclusiones alcanzadas en seminarios y talleres formativos organizados por la Red Navarra de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión durante el año 2011, se define al “acompañamiento” como una metodología que se engloba dentro de un modelo concreto de intervención que es el modelo de gestión de casos. No es una relación basada en el control ni en la tutela, ni siquiera un seguimiento administrativo, ya que en su esencia está diferenciada de la lógica del control de las prestaciones sociales. Tampoco lo consideran una relación terapéutica en sí misma aunque pueda tener efectos terapéuticos. (Murugarren, A. (coord.). (2011), p. 24).

Esta Red define de manera consensuada al “Acompañamiento Social” como: “Método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una Relación de Ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación en clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto social”. (Murugarren, A. (coord.). (2011), p. 24).

De esta definición se destacan los siguientes elementos que hacen que sea acompañamiento:

### 1.- Método de intervención profesional con tiempos e intensidades variables.

Los tiempos en la intervención se deben adaptar al caso e itinerario vital concreto. Se deben establecer unos mínimos que cumplir para que podamos hablar de una intervención en clave de acompañamiento.

Cada proceso se irá construyendo progresivamente sobre la base de las necesidades y potencialidades individuales. Una misma persona puede requerir de diferentes apoyos y de intensidades variables en la intervención en función del momento vital en el que se encuentre, y ambos momentos son objeto del acompañamiento social. La duración será diversa siendo necesario compensar la tipología de casos atendidos por cada profesional o equipo profesional.

### 2.- Acompañamiento como derecho.

El acompañamiento aparece reflejado a nivel legal en la ley foral de Servicios Sociales: Ofrecer apoyo y acompañamiento social continuado a las personas que estén en situaciones de necesidad social.

El acompañamiento social es un derecho que debe estar diferenciado del control de las prestaciones sociales y que parte de lógicas distintas. (Murugarren, A. (coord.). (2011), p. 26).

### 3.- Énfasis en las potencialidades y las capacidades.

En el documento de Navarra (2011), hacen referencia a Mary Richmond (1995), “el énfasis de la intervención debe ponerse en lo normal, no en lo patológico. Los y las profesionales de la intervención estamos muy habituadas a trabajar sobre problemas y necesidades, condicionando el enfoque de la relación, olvidando en ocasiones que todas las personas cuentan con potencialidades a desarrollar y capacidades y competencias formales e informales que resultarán claves en un proceso de cambio y que se deben poner en valor. Esto requiere de una visión amplia y sin prejuicios de la

persona, que ayude a entresacar las fortalezas y las oportunidades de la misma, más allá de la problemática que presente”.

4.- La autonomía como guía y horizonte, tomando el protagonista del proyecto vital.

Nunca en Trabajo Social se debe olvidar que las personas en situación o riesgo de exclusión tienen derechos, y que hasta en las situaciones más complicadas y de fuerte exclusión, el objetivo y al mismo tiempo el mandato ético es ayudar a las personas a mantener la capacidad de elección y decisión.

En la ética contemporánea, como señala Canimas i Brugué (2006) hay dos valores: el respeto a la autonomía de las personas y la necesidad de diálogo. Donde no hay reconocimiento y respeto a la autonomía de las personas no cabe el diálogo, pues impera la imposición. Y el reconocimiento de la autonomía de las personas obliga al diálogo. La función es acompañar, estimular la conciencia, ayudar a contrastar posibilidades, a valorar resultados y consecuencias, nunca decidir por la persona. (p. 135).

5.- Gestión y reducción de daños.

Hay que tener en cuenta las pequeñas mejoras, cambios o simplemente el mantenimiento o no empeoramiento de la situación personal pueden suponer indicadores que han de ser tenidos en cuenta y valorados como metas válidas.

6.- Atención social personalizada e itinerario individualizado de incorporación.

El Trabajo Social en clave de acompañamiento, nos define un método de trabajo que facilite la construcción de recorridos personales (itinerarios), individualizados y flexibles y que por lo tanto, sean adecuados a intereses y perfiles diversos y a entornos de referencia también variados. Debemos asumir este método de trabajo con su carácter no lineal, complejo y dinámico, lleno de idas y vueltas, más cercano a la

imagen de una espiral, que de una línea. Esta perspectiva, difícilmente puede encajar en una concepción estanca de la intervención, de los métodos y de los servicios.

En el documento navarro se recoge que la relación en clave de acompañamiento requiere de la puesta en práctica de un buen repertorio de competencias profesionales. La descripción y el análisis de cada una de estas competencias pudieran ocupar en sí misma un manual de Trabajo Social.

Los aspectos básicos que no deben faltar en un o una profesional del acompañamiento, sea cual sea su formación de partida o el dispositivo desde el que intervenga. Estos aspectos quedan clasificados en:

- A. Competencias cognitivas:
- B. Competencias actitudinales:
- C. Competencias estratégicas:
- D. Perspectiva de género.
- E. El enfoque intercultural.

Hay un apartado que ha desarrollado el equipo navarro sobre las condiciones que facilitan el trabajo en clave de acompañamiento:

Es necesario crear un estilo propositivo, que dé cuenta de las condiciones necesarias para poder trabajar de manera eficaz:

- Organización, que permita crear estructuras organizativas para trabajar en clave de acompañamiento. Las estructuras que facilitan este trabajo parten de un diseño centrado en las personas y no en los problemas sociales.
- Los tiempos de atención suficientes para que las personas pueden sentirse bien atendidas y escuchadas en función de las necesidades de cada una de ellas.
- El acceso a recursos de forma ágil, para que estos sean diseñados en torno a las necesidades de las personas, y no manera contraria.

- Sistemas de recogida de información, diagnóstico y registro de la información testados y estandarizados.
- Número de casos abarcable, según las intensidades de cada caso, y que compense la tipología de los mismos en función de su complejidad.

## **2.12. Técnica de la entrevista en la Relación de Ayuda del Trabajo Social**

La entrevista constituye una de las técnicas básicas del Trabajo Social. La primera entrevista se considera como medio de establecer un contacto inicial positivo con la persona que solicita ayuda y como elemento fundamental del proceso posterior de la relación que se establece entre ella y el Trabajador Social (Bellido, 1993, p. 137).

Según Bellido (1993), siguiendo a Isca Salzberger (1970), “los entrevistados no son mera personificación de una teoría, sino seres humanos, cada uno de los cuales tiene una personalidad única y compleja, aunque sus pautas básicas de relaciones sean similares a las de otros”. (p. 137)

“La primera entrevista debería estar precedida por un contacto inicial para contextualizar el problema de la persona y su modo de afrontar el conflicto en que se encuentra. (...) El hecho de que se trate de alguien que voluntariamente decide acudir en demanda de ayuda o que el propio Trabajador Social tome la iniciativa para poner remedio a una determinada situación-problema, ya que las dificultades que han de afrontarse no serán, por supuesto las mismas”. (Bellido, 1993, p. 141).

Se plantea realizar un trabajo flexible entre un método no directivo y una participación más directa y activa del trabajador social, cuando éste entienda que así lo exige el proceso de la relación que se ha iniciado. (..) La clave última consiste siempre en centrar la labor de asesoramiento y apoyo, no en los problemas mismos, sino en la persona del cliente, en la actualización de las posibilidades latentes y en su capacidad de afrontar la situación de conflicto y encontrar la respuesta adecuada a ella. (Bellido, 1993, p. 142).

Bellido cita a “Rogers en su reflexión teórica y en su actuación práctica: cuando en 1946 somete a crítica el “counselling directivo”, observa que la pregunta, la alabanza, la crítica, la amonestación, la sugerencia o la persuasión eran las técnicas básicas de que se servía el asesor o consejero, que en ningún caso dejaba de lado sus interpretaciones y valoraciones para tratar de entrar en el mundo personal del otro. Él sabe desde el principio lo que éste necesita y le conduce, sin concesiones, hacia el fin preconcedido. La orientación centrada en el cliente se opone abiertamente a un planteamiento de esa naturaleza. (...) Esta persona no se experimenta a sí misma como sujeto activo sino como alguien que está sometido a la decisión del experto, al control de especialista”. (Bellido, 1993, p. 143).

“Rogers entiende que lo fundamental consiste en crear ciertas condiciones en la comunicación interpersonal que hagan posible una Relación de Ayuda diferente (...) Rogers estaba convencido de que la misión del terapeuta con el cliente consistía fundamentalmente en comprender el mundo de éste tal como él mismo lo ve. (...) combinar la capacidad de adentrarse en el mundo perceptivo interno del cliente con la de saber ofrecerle su propio mundo perceptivo, pero sin intentar imponérselo”. (Bellido, 1993, p. 143).

Destacar la importancia de tener una buena comunicación en profundidad con la persona que solicita la ayuda, para lo que es necesario que el trabajador social tenga una capacidad real de comprensión empática. Este grado de comprensión empática será posible para el trabajador social en la medida en que exista una auténtica madurez personal y capacidad de contacto, teniendo en cuenta el modo de entrar en relación con el otro, de aproximarse a su mundo interior y ofrecerle la disposición personal apropiada.

Bellido (1993) recoge lo observado por Rattner (1973) que “es asombroso lo poco que dominan las personas el arte de la conversación”, destacando la importancia que tiene saber escuchar, adaptarse al ritmo del interlocutor y a sus modos de expresión, no



adelantarse al curso de su pensamiento, ni interrumpirlo o desviarlo con preguntas o consideraciones inoportunas. (p. 144).

Para aplicar estas actitudes en la entrevista Bellido (1993, p. 144) establece unos criterios prácticos muy precisos:

- El Trabajador Social deberá mostrar interés activo por el que habla.
- El interés del trabajador social encaminarlo hacia una actitud receptiva y abierta que permita una auténtica relación positiva en un clima en que la persona se sienta segura y recupere o refuerce la confianza en sí misma.
- De esta manera, el Trabajador Social podría ir formulando mentalmente preguntas y observaciones que, en su momento y en la forma debida, habrá de hacer de forma explícita.

Dado el interés y la concreción de unas propuestas que realiza Bellido (1993, p. 148) en su artículo, con respecto al fundamento de las normas y principios que inspiran la práctica profesional del Trabajador Social, en la Relación de Ayuda individualizada, se detallan a continuación:

- 1.- Sintonizar con la necesidad que experimenta el cliente de sentirse reconocido y tratado como una persona individual.
- 2.- Favorecer la libre expresión de vivencias y sentimientos del cliente.
- 3.- Mostrarse sensible y receptivo hacia esos sentimientos e ideas que se van poniendo de manifiesto.

4.- Ponerse en el lugar del cliente y seguir su ritmo, con el fin de facilitar que experimente un sentimiento de seguridad y pueda otorgar su confianza al interlocutor, a medida que se sabe comprendido y aceptado.

5.- Evitar que el cliente, a causa del modo de proceder del Trabajador Social, tenga la impresión de que está siendo juzgado, de que se le considera culpable o inocente.

6.- Determinar con claridad el uso que va hacerse de la información que se obtenga en la entrevista.

7.- Hacer posible que el cliente sea consciente del protagonismo insustituible que le corresponde en el afrontamiento y solución de sus problemas, de que él mismo puede y debe tomar las decisiones.



## **Capítulo 3:**

### **Modelos de intervención en Trabajo Social y otros modelos interpretativos del consumo de drogas**

#### **3.1. Introducción**

En este capítulo se explican los modelos más significativos de la intervención social a nivel general, y de otros más específicos que interpretan el consumo de las drogas.

Los modelos en la intervención pretenden ser una guía que enmarque la intervención a realizar, por ello, en todo modelo debería darse las siguientes características:

- Permiten que se traduzcan las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico.
- Permiten comprender y explicar lo que ocurre.
- Permiten evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad.
- Sirven para orientar y guiar la práctica profesional.
- Sirven para que la práctica se encuentra fundamentada en torno al modelo o modelos que garanticen una mayor adaptación al problema sobre el que se va a intervenir.

- Ayuda a recoger datos, elaborar hipótesis, elegir los objetivos, las estrategias y las técnicas que convienen a los problemas encontrados.

Gómez (2008) considera que “un modelo teórico es aquel que se fundamenta en una/a teoría/s explícita/s y conocida/s. Por ejemplo, el modelo psicoanalítico, el modelo marxista, el modelo sistémico, el modelo interaccionista, etc... De forma paralela, un modelo de intervención profesional es aquel que se apoya en un modelo teórico para llevar a la práctica dichos conocimientos” (p. 122).

“En las ciencias sociales, (...), existe cierta tendencia a citar modelos que después no son definidos o no aclara suficientemente, en qué consisten o qué teoría tienen detrás como apoyo”. Sirva de ejemplo la cita de Moix (1991) que dedica todo un capítulo a enumerar los diversos modelos de práctica del Trabajo Social, citando los siguientes: el Trabajo Social con casos, el Trabajo Social con grupos, el Trabajo Social con comunidades, el psicosocial, el funcional, el solucionador de problemas, el modificador del comportamiento, el del trabajo con casos centrado en las tareas, el basado en la competencia, el de la terapia familiar, el de la intervención en crisis, el de la socialización de adultos, el de las metas sociales, el de las metas remediales, el de las metas recíprocas, el de desarrollo de una localidad, el de la planificación social, el de la acción social, el modelo generalista, el fundado en los problemas y en los grupos de población, el basado en la distinción entre “servicios directos” y “servicios indirectos”. La simple lectura de estos títulos, a los que se dedica en su mayoría menos de una página para su explicación, ejemplifica a la perfección lo contrario de lo que nosotros entendemos por modelo” (p. 507).

La reflexión que realiza Gómez (2007) es que “la sociología, la psicología, la economía, la medicina y el Trabajo Social tienen unos intereses profesionales, que responden, más a la obtención de logros personales de los profesionales que a otro tipo de intereses encaminados a servir al hombre” (p. 123).

Contreras (2006) considera que “los modelos de intervención ofrecen una lente, una forma de mirar selectivamente la realidad, esto es, de seleccionar algunas características de nuestro objeto a conocer (...) se hace un ordenamiento de datos que confiere sentido a nuestro objeto de estudio. Las selecciones –criterios- que implica la construcción no son hechas al azar, de algún modo reflejan la manera en la cual el investigador configura y visualiza su mundo. Y, también, determinan la intervención. Pero, sólo son útiles si se relacionan coherentemente entre sí –los criterios y modalidades, principios – de manera que entreguen parámetros para conformar una realidad plena de significados” (p. 12).

Darío Rodríguez (1992) escribe que en su reflexión acerca de las organizaciones laborales, acuña una definición de modelo. Un “modelo” se encuentra formado por un conjunto de variables y conceptos interrelacionados de tal forma que permiten dar una explicación coherente del funcionamiento de la organización. El modelo es una abstracción, de tal manera que en él se dejan fuera de consideración todos los aspectos concretos. (p. 44).

Siguiendo a este autor, “sirven como parámetro, como guía para la comparación de y estudio de familias particulares entre sí o como patrón para comparar estas familias concretas con el modelo abstracto”.

Contreras (2006) señala a modo de resumen que los modelos de análisis:

- 1.- Son modelos de funcionamiento.
- 2.- Constituyen una abstracción, no encontrándose, por consiguiente, ningún equivalente concreto.
- 3.- Son extremadamente selectivos.
- 4.- Sirven como criterio ordenador del análisis.
- 5.- permiten llamar la atención sobre los procesos.
- 6.- Constituyen parámetros del funcionamiento eficiente de un proceso.
- 7.- Ofrecen una explicación, una interpretación.
- 8.- Hacen explícitas las variables y supuestos considerados por el analista en su diagnóstico.

9.- Son prescindibles e intercambiables.

10.- Los modelos de análisis permiten hacer explícitas las perspectivas desde las cuales el observador construye el objeto estudiado. (p. 13).

Esta autora continúa reflexionando sobre los modelos de intervención desde la importancia de las corrientes teóricas. La reflexión epistemológica es clave para comprender adecuadamente las relaciones que se establecen con las otras personas y con el mundo y, en general, con la comunicación.

Humberto Maturana (1994) realiza una propuesta sobre el reconocimiento de la centralidad del observador para configurar el objeto a conocer, así como su negación de la posibilidad de acceder a la realidad objetiva. Desde su punto de vista, nos movemos en una realidad construida entre los actores involucrados en una conversación. Añade que esta manera de ver la realidad es importante en la intervención en Trabajo Social –concretamente con las familias- en la medida en que cuando uno de los integrantes de ella, el asistido, llega a solicitar la ayuda de un Trabajador Social, es él quien tiene en su historia, la mayor riqueza de información sobre la situación, ha formulado su propio diagnóstico así como también su plan de tratamiento que somete a la aprobación del profesional.

Para María José Escartín (1998), “un modelo es una construcción simplificada y esquemática de la realidad, que surge de una teoría y, como tal, puede ser contrastada empíricamente con la práctica”. Contreras considera que en lenguaje corriente, la palabra modelo, designa una persona u objeto a imitar, por tanto de alguna manera, tiene una connotación normativa, una idea de perfección. El modelo aporta una explicación de la realidad, se diferencia de una teoría porque ésta explica un conjunto de fenómenos de una disciplina, mientras que el modelo conforma un esquema referencial para guiar la práctica. (Contreras, 2006, p. 16).

Un modelo define los fenómenos al que se dirigen los principios de acción de una disciplina, así como los fines a los que están orientados los métodos y las técnicas de

esa disciplina, precisa también las condiciones del medio en que se desarrolla. (Contreras, 2006).

El modelo puede ser definido como un conjunto de principios relativos a un campo definido de fenómenos o de experiencia.

Recogiendo la reflexión de Aylwin (1993) “la amplitud y complejidad del objeto del trabajador social, hace difícil abordarlo en todas sus dimensiones, sin embargo, es posible tratar de comprender la realidad en forma simplificada y articulada, como una totalidad a través de los modelos”. “Entendemos como “modelo” una forma simplificada y esquemática de representar la realidad, que permite entender como ésta funciona y propone los caminos para transformarla”. También, “interesa al Trabajo Social profundizar en éstos para utilizar el más adecuado o idear un modelo propio” (p. 15).

Escartín (1998) señala que el profesor Werner A. Lutz, de la Universidad de Connecticut, propone el concepto de “modelo” para la intervención en caso y familia en los términos siguientes: “es la inclusión en un todo, en una unidad, de los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una forma determinada de práctica, “... un Modelo simbólico en un nivel relativamente modesto de abstracción y de comprensión...”que puede consistir en “... un conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o de experiencia”.

Para Contreras (2006), un modelo se formula en lenguaje corriente y:

- 1.- Define el fenómeno, es decir, las variables significativas al problema o sufrimiento al cual se dirigen los principios de acción.
- 2.- Proporciona orientaciones de orden general sobre las razones a partir de las cuales se utilizan esos principios de acción y los métodos y técnicas que ellos emplean.
- 3.- Especifica los fines que se pretende obtener mediante la aplicación de los principios de acción y sus métodos y técnicas.



4.- También, el modelo establece precisiones respecto de las condiciones del medio en el cual es posible hacer el mejor uso de los principios, métodos y técnicas del Modelo.

### **3.2. Concepto de modelo en la ciencia**

Según Viscarret (2009) el término “modelo” es polisémico. A nivel cotidiano suele hablarse de modelo como un objeto que se reproduce al imitarlo. Es la muestra de un producto que se expone para su venta o a las personas que los exhiben. A nivel ético, significa búsqueda de una “perfección ideal”. En el campo artístico, se refiere a las personas, paisajes, animales y objetos que intentan reproducirse, es decir, designa lo pintado, lo fotografiado, lo esculpido, entre otros.

Calvo, 2006, citado por Viscarret (en Fernández, T. (coord.), 2009), en cuanto al “modelo” para la ciencia tiene otros significados. El motivo de esta importancia es la utilización por parte de la ciencia de todo tipo de modelos para representar fenómenos de muy distinta naturaleza en un intento por descubrir y comprender desde un punto de vista racional las regularidades con las que se nos presenta el mundo.

Los modelos son una herramienta fundamental de análisis, descripción y predicción de los que la ciencia dispone para llevar a cabo la sistematización, control y comprensión de los aspectos más relevantes de la realidad física y social. (Viscarret, 2009, p. 296).

El modelo para la ciencia sería un esquema básico de comportamiento que los científicos crean y generan a partir de un conjunto de enunciados teóricos y de observación considerados verdaderos. Lo fundamental de un modelo es su capacidad deductiva para poder inferir a través de su utilización una serie de ideas y conclusiones válidas. El modelo, es pues, una síntesis explicativa cuya validez o utilidad se mide por su habilidad para calcular una serie de enunciados que se consideran verdaderos.

El modelo reduce el fenómeno a sus líneas fundamentales, traduciendo la realidad a un lenguaje lógico, que sirve de soporte estructural para realizar tentativas de explicación y evaluar la eficacia de las hipótesis, comprobando a posteriori su funcionamiento en la realidad y escogiendo, de entre los modelos posibles, aquellos que mejor se adapten empíricamente al fenómeno que se estudia. (Viscarret, 2009, p. 297-298).

### **3.3. El concepto de modelo en el Trabajo Social**

Continuando con Viscarret (2009) el Trabajo Social es una ciencia y utiliza igualmente los modelos.

El modelo sirve para traducir las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico que le permite comprender y explicar lo que ocurre, qué es lo que está pasando y evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad. (p. 299)

El conocimiento de los modelos sirve para orientar y guiar la práctica profesional, para que ésta se encuentre fundamentada en torno al modelo o modelos que garanticen una mayor adaptación al problema sobre el que se va a intervenir. (Viscarret, 2009, p. 299)

El modelo sirve de soporte explicativo de la realidad y del problema al que se enfrenta el profesional al mismo tiempo que le sirve de guía para la evaluación de la eficacia de la acción, comprobando su funcionamiento en la realidad y pudiendo escoger en tren los modelos el que mejor se acople al fenómeno sobre el que se interviene.

El concepto de modelo en Trabajo Social integra todos los aspectos que forman parte de una intervención social: los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una determinada forma de llevar a cabo la práctica profesional.

Los modelos son constructos humanos, son producto de la racionalidad humana. En el campo de las ciencias sociales, la construcción de modelos y su sometimiento a la experimentación, como se hace en física o en otras disciplinas, es más delicado. Los fenómenos sociales, sobre todo los que tienen que ver con los procesos de cambio, como es el caso del Trabajo Social, no pueden adaptarse a modelos donde su validez depende de que los datos se puedan ajustar a una línea recta, al uso de algunas constantes matemáticas, como se hace en física. (Viscarret, 2009, p. 300).

### **3.4. Conceptualización y estructura del modelo en Trabajo Social**

El modelo “ofrece una explicación de la realidad y guía la práctica” según Natividad de la Red (1993, p. 31). Hill (1986) indica que Lutz concibe el modelo en Trabajo Social como algo simbólico que puede consistir en un conjunto de principios de acción relativos a un campo definido de fenómenos o de experiencia. (p. 301)

Payne (1995) señala que los modelos de Trabajo Social describen, en general, lo que sucede durante la actividad práctica y que, “al ser aplicables de forma estructurada a un amplio muestrario de situaciones, extraen una serie de principios y pautas de actividad que le dan coherencia y uniformidad a la práctica” (p. 80).

Du Ranquet (1996) señala que el modelo describe lo que hace el trabajador social, la manera en que recoge los datos, elabora una hipótesis, elige los objetivos, estrategias y técnicas que conviven a los problemas encontrados.

Escartín (1998) escribe que cada modelo en Trabajo Social es una miniteoría, una categoría operacional y un instrumento de análisis. Los modelos contienen en sí una teoría y una práctica diferente; es decir, el modelo lleva implícitos:

- Elementos teóricos que lo sustentan.
- Elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada.

- Elementos metodológicos: técnicas.
- Elementos funcionales en la relación a resultados obtenidos.
- Elementos filosóficos, ideológicos y valores implícitos (De la Red, 1993, p. 31).

### **3.5. Diferentes modelos de intervención en el Trabajo Social**

A lo largo de la evolución histórica del Trabajo Social se han ido generando diferentes modelos de práctica profesional, fundamentados en bases teóricas diferentes. Son formas diferentes de analizar los hechos o problemas sociales, diferentes formas de observarlos, que condicionan la forma de intervenir sobre ellos. (Viscarret, 2009, p. 303).

A continuación se enumeran los modelos que tienen mayor consistencia teórica y metodológica y que históricamente han ejercido una mayor influencia en la práctica del Trabajo Social, como son:

Modelo psicodinámico.

Modelo psicosocial.

Modelo de resolución de problemas.

Modelo de intervención en crisis.

Modelo centrado en la tarea.

Modelo ecológico o de vida.

Modelo de gestión de casos.

Modelo conductual-cognitivo.

Modelo crítico / radical.

Modelo sistémico.

Modelo transteórico del cambio

Modelo humanista y existencial

### **3.5.1. Modelo psicodinámico**

Con los progresos científicos a los que llegaron disciplinas como la psicología y la psiquiatría se influyó también en el Trabajo Social, de tal manera que se empezó a otorgar mayor importancia al conocimiento de sus problemas psicológicos y emocionales, y se acentuó la tendencia a perder de vista los aspectos institucional y social, tan importantes para Mary Richmond, “y a apoyarse más en los problemas y recursos de la persona que en los problemas y recursos de la situación”. (Ranquet, 1996, p. 70).

Payne (1995) señala que “tener noción de la teoría psicodinámica es requisito previo para poder analizar otras teorías del Trabajo Social, puesto que, (...) dicha teoría ejerce una intensa y muy extendida influencia. A su sombra se han formado muchas escuelas y han brotado aplicaciones y desarrollos. Aunque la mayoría de las veces se hace un uso genérico de los conceptos psicodinámicos, existe un interés –sobre todo en Estados Unidos- por aplicar las ideas de aquellos estudiosos de la psicodinámica que están más alejados de Freud y de la principal corriente de desarrollo del psicoanálisis.” (p. 105).

La teoría psicoanalítica se basa en la existencia de fuerzas opuestas que procurar conseguir un equilibrio dinámico. Viscarret (2009) pone su atención en mejorar y facilitar el desarrollo de la personalidad de los individuos, que ha podido verse entorpecida por diferentes conflictos psíquicos que han afectado de forma traumática a estas personas, condicionando y explicando la situación en la que se encuentran. Busca tratar e intervenir en el estado “interno” del individuo con el fin de cambiar la conducta “externa”. El objetivo es hacer conscientes los conflictos inconscientes y desde ahí mejorar el funcionamiento general de las personas. (p. 304).

A partir de los años cincuenta la base teórica psicodinámica fue ampliada debido a las contribuciones de autores tan relevantes como Ericsson, Piaget, Lewin, Allport, entre otros, que favorecieron una reorientación más psicosocial. Esta teoría, relata Viscarret

(2009), aunque no es la teoría predominante en la práctica profesional, ha aportado diversos enfoques de intervención interesantes para la práctica profesional del Trabajo Social: modelo psicosocial, modelo funcional, modelo de resolución de problemas y el análisis transaccional. (p. 305).

Cada modelo dispone de diferentes enfoques, que se reconocen como similares y que aportan matices teóricos innovadores y nuevas formas de práctica profesional. Viscarret destaca los siguientes:

a). Enfoque funcional: El Trabajo Social funcional hace su aparición en el campo del Trabajo Social estadounidense, fundamentándose en la teoría de la “terapia de la voluntad” de Otto Rank.

b). Enfoque psicosocial (que se desarrolla en el siguiente epígrafe): Principales precursores son Woods y Hollis (1964) que dieron continuidad a la teoría del diagnóstico de Gordon Hamilton (1950). El Trabajo Social psicosocial se preocupa por la mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del cliente. Ha reconocido la importancia de los procesos psicológicos internos, así como la importancia de los procesos sociales externos, las condiciones físicas y la interacción entre ellas. El pensamiento de Hamilton (1968) y su concepto de “persona en situación” es la clave para el Trabajo Social psicosocial, ya que hace referencia a la triple configuración consistente en la persona, la situación y la interacción hacia ellas.

c). Resolución de problemas: Destaca Helen Harris Perlman (1957). El elemento central es la solución de problemas y centra su atención en el presente. Se fundamenta en la teoría y en la práctica desarrolladas por la escuela diagnóstica (modelo psicosocial). El cliente es el que conoce, por dentro y por fuera, el problema. Ranquet (1996) recoge que el modelo se basa en la concepción de la existencia que se desenvuelve por fases y por crisis, que se apoya en las fuerzas utilizadas y desarrolladas durante una crisis para poder resolver la siguiente. El resultado del tratamiento es apoyar a resolver la dificultad actual y facilitar un cierto aprendizaje del problema para hacer frente a las sucesivas dificultades que presenta toda vida humana” (p. 145).

En este modelo el trabajador social es considerado como el profesional experto que con sus conocimientos es capaz de obtener las informaciones necesarias, analizar los datos más significativos y proponer los sistemas de acción pertinentes al caso, es decir, que lleva el peso de la intervención. (Viscarret, 2009).

El profesor Viscarret considera que el trabajador social mantiene una cierta distancia personal con el cliente, con el fin de garantizar que éste sea un espejo que refleja lo que el analizado proyecta. La relación se sostiene en torno a dos roles diferentes: uno, el paciente que ignora cómo se ha originado su problema y mantiene su comportamiento y, por otro, el trabajador social, que es capaz de hacer consciente lo inconsciente, manteniendo una escucha cálida, a la vez que distante.

En este modelo se obtiene una visión de la persona y de su problema de forma patológica. La persona es la responsable de la situación que atraviesa y la relación de apoyo se basa en encontrar, las causas internas sobre las que es necesario intervenir.

Payne (1995) concluye en su obra, que la teoría psicodinámica ha tenido bastantes aplicaciones en el Trabajo Social y ha tenido una influencia poderosa tanto en relaciones, personalización y el uso científico. (p. 135).

### **3.5.2. El modelo psicosocial**

Para adentrarnos en este modelo de Trabajo Social seguiré a Contreras (2006) quien hace un recorrido por las obras de diferentes autores que analizan el modelo en cuestión.

Según Gordon Hamilton, 1951, citado por Contreras (2006), en 1937 parte de la afirmación que el hombre es un organismo psicosocial y que – por lo tanto- el caso social es una serie de acontecimientos vivos, que no está determinado por el tipo de

cliente ni por el tipo de problema. Todos los problemas son a la vez emocionales y sociales, es decir, “psicosociales”.

El Modelo Psicosocial deposita confianza en la condición humana y pone énfasis en el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, definiendo como objetivo de la intervención el establecer las condiciones óptimas para que dicho desarrollo se cumpla, ayudando al cliente a que consiga una forma plena y satisfactoria de autorrealización de acuerdo a sus capacidades y potencialidades. (Contreras, 2006).

Florence Hollis y Mary Woods (1981) postulan que “para entender y ayudar eficazmente a las personas, hay que visualizarlas en el contexto de sus interrelaciones o transacciones con el medio. Todos los casos sociales tienen características internas y externas. Estos autores incluyen una realidad objetiva y el significado que esa realidad tiene para quien la experimenta. El trabajador social debe reconocer y entender ese medio, ese “mundo externo”, que pueda ser la familia, el grupo social, el medio laboral o de estudios, o de cualquier otro del cual el cliente forme parte”. (p. 18).

Hollis y Woods (1981) “señalan la necesidad de que los clientes reciban tratamientos diferenciados de acuerdo a sus características personales, las de su medio ambiente y las del problema o dificultad que motiva la intervención. El problema o dificultad podría originarse en inadecuaciones del funcionamiento personal de la persona, en su contexto social, o en una combinación de ambos factores”. (p. 19).

Para estos autores, el tratamiento consiste en que el ayudado desarrolle comprensión de sí mismo, de sus factores sociales y de las personas significativas en su situación social. Las intervenciones del Trabajador Social buscan entregar comprensión y apoyo al asistido y a las personas significativas de su medio, con el fin de producir en ambos cambios de funcionamiento significativos y complementarios.

Señala Payne (1995) que “el estudio psicosocial que se realiza nada más entrar en contacto con los clientes, da una idea provisional del problema y de cómo hay que actuar para solucionarlo. Al estudio psicosocial (en el que se obtiene y ordena la



información), le sigue la formulación del diagnóstico (análisis de la información) y, por último, se determina el tratamiento”. (p. 121).

La técnica más importante para lograr estos objetivos es la relación de casework, basada en la aceptación y el respeto por el otro.

Con respecto a la estructura de la intervención, Hollis y Woods proponen métodos directos e indirectos:

#### 1.- Métodos Directos:

Así denominados porque se dirigen al cliente mismo. El trabajador social considera como su herramienta fundamental para un tratamiento efectivo, la Relación de Ayuda, o relación de casework, la cual debe ser positiva e intensa, para establecer recursos técnicos y personales.

Las técnicas que proponen estos autores son:

a.- Técnicas de apoyo: Que pretenden crear o reforzar actitudes favorables y conductas positivas del cliente para que participe activamente en su propio proceso de cambio. El trabajador social debe hacer uso de actitudes positivas como prestar interés, aceptación y comprensión.

b.- Influencia Directa: Estos autores piensan que el derecho del ayudado a decidir por sí mismo se encuentra limitado por su capacidad de ayudarse a sí mismo. Es decir, que se justifica la acción directa de la autoridad del trabajador social para impulsar determinadas decisiones del ayudado, si presentan disminución de su capacidad.

c.- Discusión reflexiva: Se apela a las capacidades del yo y cognitivas del ayudado, al cual reconocen condiciones para tomar sus propias decisiones, para reflexionar y entender sus sentimientos, conductas, etc... El trabajador social puede ayudarlo en

estas tareas de reflexión y comprensión y de toma de decisiones. Es relevante la relación de casework.

## 2.- Métodos Indirectos:

Se busca introducir cambios que apoyen el desarrollo del asistido y contribuyan a la solución del problema que lo afecta. El uso de métodos indirectos requiere que el trabajador social posea la habilidad necesaria para entender y relacionarse con el medio que rodea al asistido.

En este caso, las técnicas a utilizar sería:

a.- Referencia: Que el trabajador social asuma un rol de mediador con los recursos del entorno.

b.- Ayuda material: Consiste en movilizar o entregar recursos materiales al ayudado, lo cual genera una situación compleja en la cual el trabajador social debe estar alerta y manejar adecuadamente los sentimientos y motivaciones de todos los involucrados en la acción.

c.- Manejo ambiental: Se refiere a las actividades que el trabajador social efectúa en el medio ambiente relevante del ayudado: la familia, los amigos, el contexto laboral, los vecinos y otras personas con las cuales el ayudado tenga relaciones de cercanía, con el objetivo de promover cambios favorables para él.

Como resumen, Hollis y Woods (1981) que la práctica psicosocial es una estrategia de intervención que enfatiza los patrones de crecimiento "... y tiene por objetivo el intervenir para establecer óptimas condiciones para el desarrollo del hombre... convirtiéndose en una búsqueda permanente de un conocimiento más profundo del ser humano en su situación psicosocial, para ayudarlo a desarrollar mejor sus potencialidades, de una forma satisfactoria y plena de autorrealización. Es un enfoque esencialmente optimista de la condición humana".

### 3.5.3. El modelo de resolución de problemas

Contreras menciona que este modelo está influenciado por la teoría psicosocial del desarrollo individual de Erik Erikson<sup>4</sup> y Helen Harris Perlman propone en la década de los años cuarenta, un nuevo enfoque para la intervención en Trabajo Social, al que denomina “Modelo de Resolución de Problemas”. (Contreras, 2006, p. 22)

El principal postulado de este modelo es que el ser humano, desde que nace hasta el momento de su muerte, se ve enfrentado a un sinnúmero de problemas, a los cuales debe dar solución si pretende mantener la estabilidad indispensable para su existencia y desarrollo.

Para Perlman (1965) la personalidad sería el esquema típico de comportamiento que la persona va elaborando a lo largo de su vida para enfrentar y resolver problemas.

El Modelo de Resolución de Problemas focaliza su acción en ayudar a las personas a enfrentar y resolver problemas y dificultades a los cuales no encuentran solución por sí solas, y tiene como meta el que estas personas aumenten su competencia consciente en esta tarea. (p. 24).

En este modelo, la persona es producto de factores genéticos: el biotipo y la herencia, y están en permanente transacción con el medio. Considera a las personas como sujetos en constante evolución y concede gran importancia a las experiencias vitales.

En este modelo se considera que los momentos de crisis pasan a ser oportunidades para aprendizajes nuevos y significativos que aumentan el grado de competencia y satisfacción en las tareas diarias.

---

<sup>4</sup> Nota de Contreras (2006:22): Según E. Erikson, los individuos atraviesan diversas etapas de desarrollo a lo largo de la vida, cada una de las cuales le presenta problemas y tareas que le son propias. Estos problemas y tareas deben ser enfrentadas y resueltas por la persona para que pueda continuar su normal desarrollo. En caso que no ocurra así, la persona pasará a la etapa siguiente con un déficit que le restará eficacia.

Perlman (1965) en el que señala “que “el Modelo de Resolución de Problemas” comprende al individuo de acuerdo a la teoría freudiana de la estructura de la personalidad, según la cual la personalidad estaría constituida por tres instancias: el Id o Ello, definido como la fuerza vital, conjunto de energías y necesidades que buscan satisfacción y que impulsan a la persona a actuar en este sentido; el Superego, que sería el conjunto de normas, valores, prohibiciones, limitaciones, impuestas por la sociedad o internalizadas por la persona, y el Ego cuya función se orienta a establecer el equilibrio entre las demandas contradictorias del Ello y del Superego, y que es quien gobierna la personalidad. Con todo ello, la intervención del Trabajo Social apunta a reforzar, consolidar y afianzar las funciones del Ego y tiene a la relación de casework como su herramienta técnica más importante”. (p. 19-24).

En referencia a los métodos y técnicas, Grau et al. (1984) propone:

- 1.- Establecer con el cliente una relación terapéutica que le sirva de apoyo e intuya su relación emocional con el problema.
- 2.- Crear un procedimiento sistemático y flexible mediante el cual el cliente pueda reflexionar y actuar sobre su problema.
- 3.- Proporcionar oportunidades de comunicación o recursos que sigan fomentando a futuro la capacidad adaptativa del cliente con respecto a su problema. (p. 57).

Siguiendo a este autor, el Modelo de Resolución de Problemas considera tres fases:

- 1.- Fase de Contacto: Es la primera identificación y definición del problema o dificultad. Se establece un compromiso inicial, al cual se denomina “contrato preliminar” basado en un mutuo compromiso de continuar la relación del casework.
- 2.- Fase de Contrato: Identifica y define el problema con tanta precisión como sea posible y necesario.

3.- Fase de Acción: Se lleva a la práctica el Plan de Acción. Finaliza con una evaluación de resultados y significados que haya tenido para el cliente, teniendo en cuenta sus fortalezas y capacidades.

A modo de resumen, el estudio social individualizado pretende proporcionar ayuda a la persona que experimenta dificultades, con el fin de resolver problemas, desarrollar sus potencialidades y obtener objetivos socialmente aceptables. El proceso de resolución de problemas en este nivel de intervención, ofrece el apoyo y fortaleza de la relación que se establece entre el profesional y el cliente.

#### **3.5.4. El Modelo de Intervención en Crisis**

Al presentar este modelo, además de considerar a otros autores, también se va a tener en cuenta el trabajo realizado por Contreras donde indica que “este modo proviene del ámbito de la enfermedad y salud mental”.

“Se origina en la década de los sesenta en la confluencia de varias teorías del comportamiento humano, entre las que están las de Freud, Hartmann, Erikson, Lindermann y Caplan. Este modelo define la crisis como un desequilibrio entre la dificultad que ofrece un problema y el repertorio de conductas –mecanismos de defensa- con que cuenta la persona afectada para enfrentarlo”. (Contreras, 2006, p. 25).

Aguilera y Messick (1982) consideran que los individuos y las familias están sujetos a periodos de relativa calma y estabilidad, alternados con otros de creciente tensión que alteran este equilibrio normal. Estos periodos de tensión se originan en eventos externos e internos que se presentan como peligrosos para el individuo. (...) Trata de enfrentar la situación que lo tensiona echando mano a su repertorio de recursos, estrategias y mecanismos defensivos para resolver problemas. Si fracasa este primer intento, aumenta su tensión y tratará de innovar copiando estrategias y recursos de las fuentes a las que tenga acceso. Si aún no logra solucionar su problema, su tensión

aumentará hasta un punto límite, y en este punto puede originar un cambio que permita que el problema sea resultado o redefinido y que, en sus nuevas dimensiones, pueda ser enfrentado con un mayor grado de éxito. (p. 51).

Payne (1995) señala que dentro del Trabajo Social, puede que la intervención en crisis sea considerada como una técnica general para tratar los problemas de los clientes. Este autor, citando a Parad (1965b), pone como ejemplo, que la gente así lo piensa cuando acude al organismo social al darse cuenta que su falta de capacidad para manejar sus vidas le puede llevar a una situación crítica. La crisis es lo que les motiva a presentarse ante el organismo social en busca de ayuda. Bajo esta óptica, podemos considerar que todos los clientes sociales están –en crisis-, por lo que la intervención en crisis puede ser pertinente en todo el Trabajo Social” (p. 139).

En el periodo en que el individuo se ve enfrentado a la crisis, suele mostrarse más abierto a pedir y recibir ayuda, y a prestar atención a nuevos puntos de vista. El individuo está más susceptible a la influencia de personas significativas y la intervención de estas personas podría ser relativamente más breve y superficial que en situaciones de menor receptividad emocional: puede bastar una ayuda limitada y racionalmente dirigida a objetivos estratégicos. Es lo que el Modelo denomina “tratamiento de corto término en crisis”. (Contreras, 2006, p. 26).

Según esto, y dado que el periodo de crisis y de mayor receptividad es bastante breve, el diagnóstico y el tratamiento deben efectuarse de manera prácticamente simultánea. Según este Modelo, la intervención social no debe prolongarse por más de seis entrevistas en total. La tarea inicial del trabajador social será la de elaborar un diagnóstico tentativo, orientado a dinámicas que operan en el cliente y en su situación, expresado en un lenguaje que tenga sentido para éste. El objetivo es que el cliente consiga una mejor comprensión cognitiva de la situación con el consiguiente alivio de tensión.

La primera entrevista entre cliente y trabajador social debería finalizar con un acuerdo entre ambos con respecto a los objetivos de la intervención y con la firma de un

contrato entre ambos, donde consten los objetivos, las tareas y responsabilidades que correspondan a cada cual. La función del contrato es que se eliminen expectativas o comprensiones ilusorias y situar al cliente en una perspectiva objetiva de su realidad. Es importante, también tener en cuenta que otro de los objetivos principales es establecer o reestablecer el sentido de la propia autonomía. (Contreras, 2006).

Contreras finaliza la exposición de este modelo indicando que como meta es necesario igualar o mejorar el nivel de equilibrio emocional que tenía el cliente antes de la crisis, tras la intervención; y en la última entrevista se dedicaría a la evaluación de los resultados de la intervención.

Importante considerar lo que señala Golan, 1978, citada por Payne (1995) señalando a modo de resumen los principales puntos de este modelo:

- Toda persona, grupo u organización atraviesa una o varias crisis a lo largo de su vida.
- Los incidentes peligrosos son serios problemas o conjuntos de dificultades que desencadenan las crisis.
- Los incidentes peligrosos pueden ser previstos o imprevistos.
- Existe un estado vulnerable cuando los incidentes peligrosos causan mella en la gente.
- El equilibrio es la capacidad de las personas para encajar las cosas que les suceden.
- Cuando el equilibrio se rompe, se recurre a nuestra forma usual de hacer frente a los problemas; si ésta falla, entonces probamos otros métodos de resolución de problemas.
- La tensión y el estrés hacen acto de presencia en cada fallo.
- Un factor desencadenante asociado a problemas sin resolver aumenta la tensión y
- Causa un estado de trastorno llamado crisis activa.
- Los factores desencadenantes puede que sean presentados al asistente social como el problema central del cliente.

- Los hechos estresantes pueden apreciarse de tres formas distintas, teniendo cada una su peculiar respuesta, tal como se muestra en la siguiente tabla:

<b>Tabla 3.1.: Hechos estresantes y respuestas en la intervención en crisis</b>	
<b>Hechos estresantes</b>	<b>Respuestas</b>
Amenazas	Ansiedad
Pérdida	Depresión
Retos	Moderada ansiedad, esperanza, expectativas y más intentos de resolver el problema.

Fuente: Golan (1978) recogido en Payne (1995).

### 3.5.5. El Modelo centrado en Tareas

Este modelo se puso a prueba a mediados de la década de los sesenta, por la Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York. (Contreras, 2006). Se basa en la psicología cognitiva y se desarrolló como un modelo de atención breve con el fin de ayudar al cliente a avanzar en soluciones de problemas psicosociales que ellos mismos definen y desean resolver.

Reid, 1979, citado por Contreras (2006) indica que “Esta brevedad planificada del modelo se basó en la proposición que la eficiencia del tratamiento interpersonal es de una vida relativamente corta, es decir, que el cliente beneficiado será el que derive de un tratamiento con pocas sesiones y por un tiempo relativamente breve”.

Payne (1995) indica que “el trabajo centrado en la tarea tiene que ver con problemas que:

- Los clientes sociales reconocen y aceptan.
- Pueden ser resueltos mediante acciones que puedan ser realizadas sin la presencia de los asistentes sociales.
- Pueden ser definidos claramente.
- Emanan de los “deseos insatisfechos” del cliente.
- Proceden de extremos de la vida de los clientes que éstos desean cambiar”. (p. 147).



En este Modelo el agente primario de cambio es la propia persona y no el trabajador social: el rol de este último es provocar cambios en el cliente, que él mismo desee y por lo tanto que esté dispuesto a trabajar. El propósito inmediato del Modelo es capacitar al cliente para planear y ejecutar las acciones necesarias para la resolución de su problema.

Reid, 1978, citado por Payne (1995) recoge en la siguiente tabla los problemas para los que el trabajo centrado en la tarea es efectivo:

<b>Tabla 3.2.: Problemas para los que el trabajo centrado en la tarea es efectivo</b>
Conflicto interpersonal
Insatisfacción con las relaciones sociales
Problemas con organismos formales
Dificultad en asumir papeles (roles)
Problemas decisorios
Estrés emocional reactivo
Recursos inadecuados
Otros problemas psicológicos y conductuales no incluidos en las anteriores categorías pero que caen dentro de la definición general de los problemas que abarca el modelo.

Fuente: Reid (1978) citado en Payne (1995).

La estrategia central del Modelo se aplica mediante “una serie de actividades que son llevadas a cabo en colaboración entre el profesional y el cliente”. (p. 28).

Esta estrategia consiste en:

- 1.- Especificación del problema: El problema es investigado y esclarecido consistentemente por el cliente ayudado por el trabajador social, en la primera entrevista. Al finalizar, se ha debido llegar a un acuerdo explícito entre ambos.
- 2.- Contrato: Se llega a un acuerdo oral o escrito entre el cliente y el trabajador social. Este contrato, normalmente incluye una determinación de los objetivos del cliente con

relación al problema, una estimación de los límites de la intervención determinados en el número de sesiones y duración de éstas.

3.- Planeamiento de la tarea: Una vez formulados los objetivos y la duración de la intervención, la tarea es seleccionada en conjunto con el asistido, se planifica su puesta en práctica. El trabajador social sugiere alternativas, y así, estimula al asistido a crear las propias, de acuerdo a sus potencialidades y capacidades.

4.- Establecimiento de incentivos: En esta fase, corresponde evaluar los potenciales beneficios que significará para el cliente el llevarla a cabo, y el profesional reforzará las consecuencias positivas de una manera realista, consecuencias positivas que el cliente puede no haber percibido. En este Modelo se establecen los premios o beneficios si el cliente ha cumplido adecuadamente la tarea.

5.- Análisis y resolución de obstáculos: Cuando la tarea aún no ha sido llevada a cabo, el profesional puede prever y construir posibles problemas en la ejecución.

6.- Simulación y práctica guiada: El profesional podrá ensayar con el cliente posibles conductas a asumir en la ejecución de la tarea, incluso recurriendo a la técnica del rol playing.

7.- Revisión de la tarea: La sesión se inicia con la revisión del cumplimiento de la tarea. Se pretende evaluar los logros del asistido, detectar eventuales limitaciones de éste. Otro de los objetivos en esta fase es el de revisar el cumplimiento de la o las tareas asignadas al profesional.

8.- Término: En la última entrevista, el profesional y el cliente revisan los progresos logrados. A partir de esta evaluación, se aclara si estos progresos son satisfactorios y, en caso de que esta evaluación no sea satisfactoria, ambos podrán renegociar una o dos sesiones extra.

A nivel general, en este Modelo, el objetivo de la intervención es que el cliente haya conseguido la disminución de la angustia que le impulsó a solicitar la ayuda. También se busca que en el cliente haya adquirido o mejorado su capacidad para definir sus problemas, planear y llevar a la práctica las actividades necesarias para conseguir su solución, siempre teniendo en cuenta las habilidades y destrezas que haya adquirido a través del proceso de ayuda. (Contreras, 2006, p. 30).

### **3.5.6. El Modelo Ecológico o de Vida**

Este Modelo está enmarcado en una perspectiva sistémica y, para comprenderlo es necesario previamente definir el concepto de “ecología”.

Germain y Gitterman, recogido en Aylwin (1984) que “La ecología es una ciencia que trata sobre las relaciones entre los organismos vivientes (en este caso los seres humanos) y todos los elementos de su ambiente. Hace referencia a la forma en que organismos y ambiente logran una buena correspondencia o un equilibrio de adaptación y, lo que es igualmente importante, cómo y por qué a veces fracasan en lograrlo” (p. 133).

Este Modelo tiene “una visión adaptativa y evolutiva de los seres humanos, quienes se encuentran en constante intercambio con todos los elementos de su ambiente, y en esta interacción, las personas cambian su medio ambiente físico y social y son cambiados por éstos a través de procesos de continua adaptación recíproca”.

Contreras (2006, p. 31) recoge de Germain y Gitterman que la perspectiva ecológica en Trabajo Social aparece en la década de los años 40, cuando Brite Bilbring, “llamó la atención hacia los métodos directos de influencia que incluían sugerencias para un mejor “coping”<sup>5</sup>, y mejores provisiones para experiencias de crecimientos inducidos

---

<sup>5</sup> Nota de Contreras (2006, p. 31): El concepto “coping” no puede ser traducido al español, por cuanto este idioma no cuenta con el término que revele exactamente su significado. Comprende la idea de “hacer frente con éxito” a los problemas o tensiones que experimentan las personas en sus relaciones con su medio ambiente, tanto próximo como lejano. Se ha observado que todas las personas desarrollan o pueden desarrollar formas de enfrentar con éxito sus problemas. Estos formas son estrategias variables y personales y constituyen lo que se llama “estilo de coping” propio de cada persona.

por el ambiente”. El Trabajo Social ha sido una de las ciencias que se ha visto influenciada por la ecología y sus principios humanistas.

Germain y Gitterman, citado por Contreras (2006) escriben que “El Modelo de Vida en la práctica, pretende poner el acento en las transacciones entre las personas y el ambiente, asumiendo que los problemas aparecen por discrepancias en el proceso de adaptación recíproca. La función del Asistente Social es ayudar a las personas a alcanzar el mejor ambiente” (p. 134).

Estos autores pusieron en práctica orientado ecológicamente, el Modelo de Vida en la Práctica del Trabajo Social. Con respecto a la formulación del problema, este Modelo lo localiza en tres áreas:

- 1.- Comprende los atributos personales del cliente: sexo, estado físico, dotación genética, capacidades, experiencia de vida, clase social y cultura. Son los conceptos de identidad, competencias, autonomía y formas de establecer relaciones.
- 2.- Incluye las cualidades del ambiente, el cual se compone de estratos y texturas. Los estratos son el ambiente social y el físico que se influyen recíprocamente a través de la cultura. Las texturas son el tiempo y el espacio, referidos a la orientación pasado-presente-futuro en un lugar determinado.
- 3.- Comprende el intercambio entre el hombre y su ambiente e incluye los conceptos de adaptación, reciprocidad, mutualidad, buena correspondencia, tensión, esfuerzo y contaminación. Esta área es la principal del Modelo, y centra su interés en la existencia de una buena adaptación entre los seres humanos y su ambiente.

El foco principal en la práctica de este Modelo se encuentra en la interfase persona-medio ambiente, es decir, “... donde se unen el esfuerzo y potencial de adaptabilidad de la persona y las características del medio ambiente que la impacta”.

Aylwin (1984) recoge la reflexión de Germain y Gitterman para mencionar las fases del Modelo Ecológico o de Vida:

1.- Fase Inicial: Es una base de preparación, exploración, compromiso y contrato. El trabajador social se prepara para entrar en el espacio vital del cliente, para encontrarse con su realidad, centrando su atención en:

a.- Realidad objetiva del cliente: El trabajador social conseguirá información mínima acerca del cliente y de su situación.

b.- Realidad subjetiva del cliente: El trabajador social se esfuerza por empatizar con las percepciones y sentimientos del cliente en relación con su problema, a la vez, que trata de percibir los contenidos latentes y manifiestos de su comunicación.

Al finalizar esta fase, se realiza un contrato que identifica y especifica los aspectos a trabajar en conjunto, mencionando los objetivos a conseguir.

Las técnicas principales que utiliza el trabajador social en esta fase serían:

- Comunicar interés y preocupación.
- Invitar a la expresión de necesidades y problemas.
- Transmitir un sentido de esperanza realista.
- Presentar con claridad los servicios de la institución y su función profesional.
- Estimular la respuesta del cliente ante la presentación de la institución y de las competencias del profesional.
- Producir un entendimiento mutuo en cuanto a los pasos que seguirán.

2.- Fase de Desarrollo: El trabajador social y el cliente trabajan sobre los problemas o necesidades indicados en el contrato con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Aquí es importante tener en cuenta el estilo de “coping” del cliente, mencionado anteriormente.

Las técnicas a utilizar en esta fase serían:

- El uso flexible de las distintas modalidades de intervención en individuos y familias.
- Comprometer e influir sobre las estructuras institucionales, redes sociales y medio ambiente físico para dar respuesta a las necesidades del cliente y llegar a la solución de los problemas.
- Conseguir formalizar arreglos temporales con el asistido y el medio ambiente.

3.- Fase Final: Se corresponde con la finalización de la intervención. Se realizan evaluaciones de los resultados contrastándolos con los objetivos y se planifican los pasos a seguir.

La técnica principal en esta fase es la evaluación. Es importante que cada una de las partes evalúe el desempeño de la otra, con el propósito que el cliente tome conciencia que ha vivido un proceso de aprendizaje que le será útil en su desempeño vital posterior. (p. 135).

### **3.5.7. El Modelo de Gestión de Casos**

Para hacer una introducción al modelo de intervención denominado “Gestión de Casos” el proponente se va a basar en el trabajo realizado por Alicia Sarabia Sánchez (2006).

Tanto en el sector sanitario como en el de los servicios sociales, cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional y cada escala territorial, se rige por sus propias normas, que no tienen en cuenta la coordinación con el resto.

En la década de 1970 surgió en Estados Unidos el “case Management”, que se ha traducido como Gerencia de Casos o Gestión de Casos. La Gestión de Casos se ha llevado con prácticamente todos los “colectivos” que suelen ser destinatarios de intervenciones desde los servicios sociales o sociosanitarios.

Intagliata (1982) señala que la Gestión de Casos es “un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente”. (p. 657).

Sarabia (2006) también cita a Geron y Chassier (1994) y la definen como “un servicio que vincula y coordina la asistencia tanto procedente de proveedores de servicios pagados como de familiares y amigos que actúan a título gratuito, que permite a los consumidores obtener el máximo nivel de independencia coherente con sus capacidades y sus preferencias de apoyo/cuidado”.

Libassi (1988) afirma que la Gestión de Casos “por encima de cualquier función específica, es integradora, racional, proactiva e individualizada” (p. 93).

Austin (1983) afirma que “la Gestión de Casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios (...) para garantizar (...) el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual” (p. 16).

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos, National Association of Social Workers, 1992, citada por Sarabia (2006) define la Gestión de Casos como “un método de provisión de servicios en el que un profesional del Trabajo Social valora las necesidades del cliente, y de su familia cuando sea adecuado, y organizada, coordina, monitoriza, evalúa y apoya un grupo de múltiples servicios para satisfacer las necesidades complejas de un cliente específico (...). La Gestión de Casos en Trabajo Social tiene naturaleza tanto micro como macro, y la intervención tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema” (p. 5).

Sarabia (2006) considera que todas estas definiciones incluyen la coordinación de servicios y la descripción de la Gestión de Casos como un proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema. (p. 9).

El origen de la Gestión de Casos se remonta a los inicios del Trabajo Social y al acento que Mary Richmond ponía en la importancia de los enfoques centrados en el cliente para la coordinación y la cooperación entre agencias. En 1901, Mary Richmond identificó algunos problemas asociados a la expansión de los servicios, en especial la ausencia de una adecuada coordinación y comunicación entre agencias. Su enfoque era multifacético. Su modelo anticipa conceptos actuales, como los de “persona en un contexto” y el enfoque dual (del cliente y del sistema), propios de la Gestión de Casos.

Los orígenes se encuentran en el Acta estadounidense de Servicios Coaligados de 1971, que reconocía la necesidad de mejorar los programas de ámbito estatal y local de los departamentos de Salud, Educación y Bienestar. En ese tiempo, se implantaron una serie de proyectos piloto de mecanismos de coordinación, principalmente a escala local, que incluían el desarrollo de nuevos sistemas de información y referencia, sistemas de seguimiento de clientes, centros de servicios integrales y procedimientos de Gestión de Casos. (Sarabia, 2006, p. 10).

Sarabia (2006) recoge de Radol Raiff y Shore (1993), que la Gestión de Casos es:

- Un servicio básico, con un papel fundamental, y no algo secundario.
- No es una versión “reempaquetada” del Trabajo Social de caso tradicional.
- Surge como componente fundamental del movimiento de desinstitutionalización, orientado hacia la normalización, que pretende la coordinación de los servicios destinados a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas.

Sullivan recogido en Sarabia (2006) identifica nueve variables clave, que afectan de forma significativa al desempeño de las funciones de la Gestión de Casos, que son



constricciones y parámetros sometidos en el funcionamiento de los programas: duración de los servicios, intensidad del contacto, enfoque del servicio, disponibilidad del servicio, lugar de la intervención, dirección por parte del consumidor, capacitación de los profesionales, autoridad de los profesionales y estructura del equipo. (p. 10).

Destacar la gran flexibilidad de la Gestión de Casos que es uno de sus mayores atractivos, ya que su falta de rigidez como modelo unidireccional permite su adaptación a las características tanto de los clientes particulares como de los entornos culturales en que se aplique. (Sarabia, 2006).

Para el desarrollo de la Gestión de Casos, se tienen en cuenta las siguientes tareas:

- Definición del ámbito: Es necesario definir claramente la esfera de acción del programa concreto, con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados.
- Filtrado y toma de contacto con los potenciales clientes, con una valoración inicial de las circunstancias de éstos, para determinar su eventual elegibilidad con base en la definición de la población diana adoptada.
- Valoración integral: Se considera una de las tareas fundamentales del proceso de gestión de casos. Es un método para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales.
- Planificación del caso: Es el proceso mediante el cual la información recogida durante el proceso de valoración se toma como base para recomendar un “paquete” de servicios. Sirve como proceso de asignación de recursos por medio del cual se presirven determinados servicios para un cliente.

- Implementación del plan y concertación de servicios: Es el proceso mediante el cual se establece contacto con los servicios, tanto formales como informales, incluidos en el plan de atención, para la prestación efectiva de dichos servicios.
- Seguimiento: Es una de las tareas fundamentales de la gestión de casos, que permite al gestor responder rápidamente a los cambios en la situación del cliente y aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable y depende de la intensidad de las necesidades del cliente, su previsible cronicidad y del tipo de servicio que se está dispensando.
- Re-valoración: Puede estar prefijada o responder a cambios detectados durante el seguimiento. Se revisan la situación del cliente para identificar cambios producidos desde la anterior valoración. (Sarabia, 2006, p. 10-11).

Moxley (1989) añade otra función que considera fundamental:

- Implicación: Significa el establecimiento de una relación de apoyo del gestor de casos con sus clientes, en función de las necesidades y los deseos de dichos clientes.

Austin y McClelland (1996) recoge los siguientes objetivos:

**A).- Orientados hacia el cliente:**

- Asegurar que los servicios proporcionados son adecuados para las necesidades de ese cliente específico.
- Supervisar las condiciones del cliente para garantizar la adecuación de los servicios.
- Servir como único punto de contacto que coordina la provisión de servicios que provienen de sistemas distintos y fragmentados.
- Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo del cliente.

- Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.

**B).- Orientados hacia el sistema:**

- Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.
- Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales.
- Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.
- Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.
- Controlar los costes mediante el control del acceso a los servicios, especialmente a los más caros. (p. 77-78).

Según relata Sarabia (2006) en su trabajo considera que las diversas experiencias han dado lugar a cuatro modelos principales de gestión de casos: Modelo Asesor (Broker Model), Modelo de Fortalezas (Strengths Model), Modelo PACT (Program for Assertive Community Training) y Modelo Terapéutico (Rehabilitation Model).

**Modelo Asesor (Broker Model)**

Se centra en la valoración de las necesidades de un individuo de determinados servicios, y en asegurar la disponibilidad de dichos servicios. En este modelo, la responsabilidad de acceder a los recursos es del cliente o de su familia.

**Modelo de Fortalezas (Strengths Model)**

Este modelo se ocupa de los deseos y necesidades sociales de los clientes y parte de dos presupuestos sobre el comportamiento humano. El primero, el modelo identifica las fortalezas y crea de forma activa situaciones en las que se pueda alcanzar el éxito y se incrementen esas fortalezas; y el segundo, el comportamiento humano está

primordialmente en función de los recursos disponibles y que una sociedad plural debe calorar la igualdad en el acceso a los recurso.

La Gestión de Casos en el modelo de fortalezas se centra en la construcción de la identidad y las fortalezas personales del cliente a través de relaciones previamente existentes y de nueva creación.

#### **Modelo PACT (Program for Assertive Community Training).**

Este modelo combina servicios clínicos y de gestión de casos, proporcionando asistencia directa respecto a los síntomas y, simultáneamente, cubriendo las necesidades básicas y mejorando el funcionamiento social, familiar e instrumental.

#### **Modelo Terapéutico (Rehabilitation Model).**

Son las metas y necesidades del cliente, más que las metas preestablecidas del sistema, las que dictan la respuesta y forma de los servicios de gestión de casos. El sistema de gestión de casos debe ser lo suficientemente flexible para adecuarse a las necesidades individuales. Aunque se centra en identificar y apoyar las fortalezas específicas de los clientes, también trata de identificar y evaluar los déficits en el funcionamiento del sistema que actúan como barreras para alcanzar las metas personales.

A continuación, en la siguiente tabla, se detallan las diferencias clave entre estos modelos:

**Tabla 3.3.: Diferencias clave entre los Modelos de Gestión de Casos**

	<b>Modelo Asesor</b>	<b>Modelo de Fortalezas</b>	<b>Modelo PACT</b>	<b>Modelo Terapéutico</b>
<b>Todos están centrados en el cliente</b>	Incorporan las necesidades percibidas de la personas en la intervención.	Dirigido por el cliente.	Incorporan las necesidades percibidas de la personas en la intervención.	Incorporan las necesidades percibidas de la personas en la intervención.
<b>Enfoque</b>	Acentúa la función de conexión de servicios.	Tiene una estrategia de consejería y defensa ante el sistema.	Se enfoca hacia la reducción y manejo de los síntomas.	Se enfoca hacia la mejora en las habilidades vitales.
<b>Valoración del cliente</b>	Se centra en elementos funcionales.	Se centra en elementos funcionales.	Remarca la valoración clínica.	Se centra en elementos funcionales.
<b>Personal</b>	Gestor de casos que trabaja solo con una clientela específica	Gestor de casos individual que trabaja con un equipo	Un equipo interdisciplinar que tiene como una de sus funciones la gestión de casos	Gestor de casos que trabaja solo con una clientela específica.
<b>Funciones</b>	Defensa ante el sistema	Defensa ante el sistema. Intervención ante crisis.	Intervención ante crisis. Gestión de síntomas.	Defensa ante el sistema. Entrenamiento en tareas.
<b>Enfoque subyacente</b>	Vincula al individuo con los recursos de la comunidad.	Mejora la calidad de vida y los logros individuales.	Trata de reducir la sintomatología y mejorar la funcionalidad.	Trata de remediar los déficits para superar las barreras.

Fuente: Sarabia (2006)

Las **características comunes** de los cuatro modelos estudiados son (Sarabia, 2006):

- El centro es el cliente individual.
- Los servicios de gestión de casos se proporcionan en la comunidad en que el cliente está inserto y no en entornos clínicos.
- Los ratios profesional/cliente se mantienen lo más bajos posible, de 1/10 a 1/25, excepto el modelo asesor, que tiene unas ratios de 1/40.
- Los gestores de casos no especializados son supervisados por expertos con, al menos, grado de máster.
- Los servicios de gestión de casos tienen una frecuencia semanal o, en muchas ocasiones, diaria.

- Las funciones básicas incluyen, la identificación de los clientes diana, la valoración individual, la planificación de los servicios, la vinculación con los servicios y el seguimiento de la prestación de éstos y, excepto en el modelo asesor, la defensa del cliente.
- No se establece un límite temporal para la prestación del servicio de gestión de caso.
- Los gestores de caso tienen autoridad sobre un presupuesto determinado para apoyar a los clientes en situaciones de emergencia.

Con respecto al perfil profesional del gestor de caso, Sarabia (2006) considera que la realización de las tareas en este modelo, requiere una amplia preparación por parte del gestor de casos. Es preciso un conocimiento detallado del sistema local de provisión de servicios, de los proveedores, de los servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos y de la gestión económica; exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa.

En cuanto a las destrezas fundamentales que debe tener el gestor de caso, se detallan en el siguiente cuadro:

<b>Tabla 3.4.: Destrezas Fundamentales del Profesional del Gestor de Caso</b>	
<b>De valoración:</b>	Debe ser presencial e incluir a todos los individuos significativos de la vida del cliente. Se trata de identificar fortalezas y debilidades a través de una evaluación sistemática del cliente.
<b>De gestión:</b>	Implica aspectos gerenciales. Es necesario tener destrezas en la toma de decisiones. Es clave la relación interpersonal. Es preciso contar con habilidades de comunicación y empatía, capacidad de aceptar las diferencias y con facilidad para relacionarse simultáneamente con diversos entornos.
<b>Confidencialidad:</b>	Este principio se da en Trabajo Social, y en España, existe la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Establece la confidencialidad como un principio básico de la gestión de casos.
<b>De apoyo:</b>	Establece una relación de apoyo y confianza que se prolonga a lo largo del tiempo. El gestor de caso tiene que ser capaz de alcanzar un equilibrio entre empatía y objetividad, debe ser capaz de implicarse sin involucrarse.

Fuente: Sarabia (2006).

### **3.5.8. Modelo conductual-cognitivo**

El conductismo es una corriente de la psicología que pretende comprender e interpretar el comportamiento observable (externo) de las personas y no tanto en analizar e interpretar la conciencia (interno). Viscarret indica que el Trabajo Social también se introdujo en esta corriente que tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema. Se tiene en cuenta el aquí y el ahora, más que las experiencias del pasado, como expresa Jehu (1979) “constituye un enfoque más práctico y adecuado para muchos problemas, pacientes y trabajadores sociales” (p. 29).

Payne (1995) indica que el Trabajo Social conductista está marcado por la controversia, mayormente porque es el más positivista de las teorías del Trabajo Social y ha sido el centro del debate positivista. Existen también objeciones con fundamentos éticos, basadas en que la conducta es manipulada por el asistente social sin que esté bajo el control del cliente. Esto podría dar lugar a que las técnicas conductistas sean usadas para imponer los deseos de un asistente social sobre un cliente remiso y, si se utilizaran en pos de una normativa política o social, podrían servir a la larga para ejercer un control político autoritario” (p. 159).

Ante esta situación, Payne (1995) continúa argumentando que “la única posición ética que mantiene intactos los derechos de autodeterminación de los clientes es utilizar la técnica sólo cuando las propias miras de los clientes sean liberarse ellos mismos de una conducta (por ejemplo, cuando dicha conducta sea compulsiva) y éstos no puedan controlarse aunque lo deseen”. (p. 160).

Viscarret (2009) narra en su obra que existen dos estrategias de tratamiento en este modelo: una de ellas consiste en modificar las respuestas del cliente ante los factores que gobiernan su medio ambiente, sin cambiar de forma deliberada este último, y la otra, en cambiar los factores que imperan en el ambiente, como una manera de modificar la “conducta problema” (p. 308).

El conductismo se desarrolló a comienzos del siglo XX, pero su aplicación al Trabajo Social se produce a mediados de los años ochenta. Diferentes factores fueron determinantes para su consolidación: la reflexología rusa, el condicionamiento clásico (Pavlov), desarrollo de la psicología comparada y la psicología del aprendizaje en Estados Unidos. La conducta humana se puede explicar por causas externas que estimulan de forma refleja la aparición de determinadas conductas o comportamientos sociales.

Este autor menciona los trabajos realizados por Pavlov, Thorndike y Watson que fueron en su mayoría experimentales lo que llevó a generar nuevas corrientes conductistas y que aportaron elementos conceptuales a la práctica del Trabajo Social conductista. (Viscarret, 2009, p. 309).

Destacar las principales corrientes teóricas que influyeron en la profesión del Trabajo Social: Teoría del aprendizaje instrumental operante (Skinner), la Teoría del aprendizaje social o aprendizaje por observación (Bandura) y la teoría del aprendizaje cognitivo (Ellis).

El modelo que nos ocupa pone el énfasis en la conducta, y esta conducta ha sido aprendida mediante un proceso de condicionamiento; y es susceptible de ser modificada por la aplicación de lo que se sabe sobre el aprendizaje y sobre la modificación de conducta. Como señala Ranquet (1996), “no se niega la importancia de las condiciones iniciales del desarrollo de esta conducta, pero se prima el papel que tienen en su mantenimiento las condiciones actuales, es decir, los estímulos que la preceden o la siguen inmediatamente, siendo utilizados estos estímulos como medios de control”. (p. 149).

Desde este modelo de intervención, el Trabajo Social conductista centra los objetivos de su intervención en: obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas. Algunos autores, como Hill (1986) señala que “la clave del Trabajo Social conductista es modificar aquellos comportamientos inadaptados y sustituir



éstos por otros comportamientos adaptados, deseados por el sujeto y demandados por el medio ambiente. El objetivo del método conductista no es otro, pues, que el de –alterar el comportamiento del usuario en formas definidas para que sus problemas disminuyan o desaparezcan” (p. 57).

Las características que definen al Trabajo Social conductista son:

- 1.- En el Trabajo Social conductista se tienen más en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta problema que aquellos factores que han contribuido a su desarrollo.
- 2.- Es una intervención que recalca el “aquí y ahora”.
- 3.- Interpreta que la mayoría de las conductas humanas son adquiridas en el marco del aprendizaje y son resultado de las interacciones entre las personas y el entorno.
- 4.- Fundamenta su intervención en aquello que es observable, no utilizando interpretaciones, y atiende únicamente a la conducta observable.
- 5.- Utiliza los refuerzos con el objetivo de estimular la aparición, mantenimiento o extinción de una determinada conducta. (Viscarret, 2009, p. 310).

El mencionado autor hace un recorrido por los diferentes manuales que exponen el modelo a nivel práctico y explica la metodología de la intervención con las siguientes fases:

- a). Fase de valoración: Se observa y se valoran los comportamientos que deben ser trabajados. Se marcan los objetivos de la intervención denominados “metas terapéuticas”.
- b). Proceso de implantación: Se llega a un acuerdo y una implicación en el comportamiento que debe ser cambiado. Se trata de desarrollar estrategias que se ajusten a los objetivos propuestos, siendo tareas claras y ejecutables. Las técnicas utilizadas son: refuerzo positivo, concatenación, implosión, aproximación sucesiva, sistema de puntos, extinción operante, insensibilización, exposición, modelamiento.

c). Evaluación del tratamiento: Finalmente se evalúa el resultado. Se produce un “feed-back” en el paciente acerca de su proceso. (p. 310-311).

La relación que se produce entre el trabajador social conductista y la persona que solicita la ayuda es en parte diferente y en parte similar a la que propone el modelo psicodinámico: Es similar, porque el trabajador social es quien guía y lidera el proceso; y es distinta, desde el momento en que el modelo considera decisiva la participación del paciente ya que es vital para el proceso de cambio. Un elemento fundamental es crear una alianza de colaboración entre el trabajador social y el usuario. Este proceso busca que el paciente vaya teniendo un papel cada vez más autónomo dentro del proceso, considerando el aprendizaje como un elemento activo en el proceso de cambio.

Un dato a tener en cuenta es que focaliza su intervención en los problemas más que considerar al paciente como el problema. Esto supone un cambio de visión frente al modelo psicodinámico, ya que evita depositar toda la responsabilidad de la situación en el paciente. Los pacientes pueden sentirse impulsados hacia el cambio con un trabajo en colaboración con el trabajador social. (Viscarret, 2009, p. 312).

No obstante, concluye Payne (1995), que los enfoques conductistas fueron la base del primer ataque serio que se dirigió sobre la modalidad psicodinámica convencional del Trabajo Social y, al parecer, han causado relativamente poco impacto en el Trabajo Social cotidiano, aunque han sido utilizados con efectividad en escogidas circunstancias. Las técnicas de habilidad social constituyeron el desarrollo más prometedor, habiendo sido aplicadas a múltiples situaciones”. (p. 176).

### **3.5.9. Modelo crítico / radical**

Este modelo del Trabajo Social surge entre los años sesenta y setenta del siglo XX en países como: Reino Unido, Canadá, Australia y Estados Unidos (Mullaly, 1997; Fook, 1993; Marchant/Wearing, 1986; Withorn, 1984; Bailey / Brake, 1975; Galper, 1975). Tuvo especial relevancia en el Trabajo Social en países anglosajones y especial

importancia en el Trabajo Social sudamericano, ya que fue el modelo que inspiró el movimiento de la reconceptualización. (Viscarret, 2009:326). Este autor cita a Healy (2000:24) explicando que hay un recorrido bastante amplio en los orígenes del Trabajo Social crítico y van desde las teorías feministas pasando por el marxismo, el desarrollo comunitario, la teoría radical de la educación de Freire, la sociología radical hasta las teorías críticas sobre el carácter étnico y la teología de la liberación.

Siguiendo a Viscarret (2009), el Trabajo Social crítico sostiene que los usuarios no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva. Este modelo entiende que la función del Trabajo Social no puede ser la de adaptar a la persona a un medio que muchas veces le es hostil. Utiliza una forma de intervención liberadora desde el Trabajo Social desde la base de que el cambio se encuentra en los protagonistas del mismo, en las personas. Son los usuarios los que a través de un proceso de toma de conciencia de su situación se transforman en personas activas, en protagonistas del cambio individual y social (estructural). (p. 326).

Healy (2001) escribe que “El Trabajo Social crítico analiza la intervención social desde la importancia de la estructura social y la dominación/opresión en el análisis de los problemas sociales. Los primeros inicios de este modelo se basan desde la teoría marxista, donde la clase social era la categoría conceptual clave en el análisis y la respuesta de la opresión. Después, es el movimiento feminista quien señala al patriarcado como generador de la opresión. El Trabajo Social consigue señalar que el denominador común en todo tipo de opresión es el planteamiento idéntico de subordinación y de dominación contra el que hay que trabajar. Si se radica el problema en la estructura social dominante, los trabajadores sociales críticos/radicales consiguiendo así que los diversos objetivos emancipadores de los grupos oprimidos puedan conciliarse. El objetivo, para este modelo es conseguir una sociedad libre de dominaciones de todo tipo en donde se puedan satisfacer todas las llamadas de la liberación”. (p. 41).

Viscarret (2009) señala como conceptos básicos los siguientes:

1. Las teorías sociales críticas buscan explicar el orden social.
2. La perspectiva de conflicto es fundamental para comprender las relaciones de poder.
3. El énfasis en la autoconciencia racional como precursora del cambio.
4. La participación de los oprimidos en el proceso de cambio.

En cuanto a la naturaleza de la intervención del Trabajo Social crítico indicar que hace clara oposición al carácter individualista que imponían las teorías clásicas del Trabajo Social, sobre todo las psicoanalíticas. Este Trabajo Social se plantea un compromiso con los sectores populares. Son los marginados, los excluidos, los extraños, los sin voz, los que se convierten en elementos activos para la práctica profesional y en protagonistas clave del proceso (de la liberación). Tiene como objetivo el cambio estructural real. (p. 328).

Este autor señala varios enfoques críticos y radicales en la intervención desde el Trabajo Social:

- a). El enfoque marxista de Trabajo Social (Leonard y Corrigan). El Trabajo Social debe comenzar entendiendo la experiencia individual y los elementos de la personalidad individual como un reflejo de las relaciones de producción y de las contradicciones dentro de dichas relaciones.
- b). El Trabajo Social feminista. El feminismo ha tenido un efecto profundo en la práctica del Trabajo Social, ya que surge el género como tema y ha demostrado cómo la opresión de las mujeres se encuentra estructurada e incrustada en la propia prestación del Trabajo Social. La intervención feminista desde el Trabajo Social posee siempre una mirada positiva hacia las mujeres, rechazando los estereotipos negativos, localizando el problema y sus raíces dentro de un contexto sociopolítico, despatologizando los problemas personales.

c). El enfoque problematizador de Paulo Freire. Este enfoque en el modelo de intervención educativo tiene en cuenta el análisis crítico de la realidad y promueve una adecuada comprensión de algunos factores que se manifiestan en los procesos de transformación social. La finalidad es tomar conciencia de la situación y diseñar el proceso que permita superarla. La acción para superar la problemática en la que se encuentran, a través de fomentar la crítica social, el análisis y la reflexión crítica. (p. 328-329).

La relación que se establece entre el trabajador y el usuario se basa en una relación basada y fundamentada en los principios democráticos de igualdad, equidad, confianza y respeto. El usuario es protagonista de sus acciones y el que más sabe, ya que la experiencia personal es un conocimiento más valioso que el saber técnico del profesional. Healy (2001) postula el Trabajo Social crítico señalando:

a).- Disminución de las diferencias entre trabajadores y usuarios. Se consigue sin la utilización de signos de categoría y autoridad que los diferencien del usuario. Se fomenta el aprendizaje mutuo compartiendo conocimientos.

b).- Revalorización de los conocimientos del participante. La experiencia del usuario es el principal activo de la práctica.

c).- Garantizar la responsabilidad del trabajador con respecto al usuario. En esta concepción el trabajador social debe facilitar la máxima información posible al usuario y desarrollar unos mecanismos para los cuales el cliente pueda cuestionar al profesional.

Desde la práctica profesional de este modelo, la teoría crítica aporta la urgencia de efectuar un cambio del poder en las elites políticas, económicas y culturales. Se orientó hacia el objetivo de fomentar la igualdad de los trabajadores sociales y los usuarios. Muchos activistas consideran que este proceso, mediante el que el

trabajador reconoce los conocimientos y capacidades del usuario, es de por sí potenciador. (p. 43).

### **3.5.10. Modelo sistémico**

Siguiendo al profesor Viscarret (2009), el modelo sistémico en la intervención de Trabajo Social tiene sus orígenes en los años 30 del siglo XX cuando Hangins, un sociólogo de la Smith Social Work School, introdujo en la profesión la teoría de sistemas en la intervención profesional del Trabajo Social. Este modelo aporta un referente teórico claro y una metodología que permite analizar, pensar, identificar y diseñar estrategias para la acción del Trabajo Social actual. (p. 336).

Los elementos teóricos de referencia de este modelo provienen de la teoría de los sistemas. El desarrollo de la teoría sistémica es atribuido a Ludwig Von Bertalanffy, un biólogo que definió los sistemas como elementos que interactúan unos con otros (1968). El elemento central son las interacciones de los elementos dentro de un sistema, incluyendo sus relaciones, sus estructuras y su interdependencia.

Payne (1995) indica que “se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquellos a su vez parte de unos macrosistemas. De este modo, un ser humano es parte de una sociedad y está compuesto, por ejemplo, de sistemas de circulación y de unas células constituidas por átomos, los cuales están formados por partículas todavía más pequeñas. Esta teoría se aplica tanto a sistemas sociales (grupos, familias y sociedades) como a sistemas biológicos” (p. 178).

La Teoría General de los Sistemas considera que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas significativamente en términos de elementos separados. Luhman (1983) indica que la realidad y los fenómenos no son independientes, sino que existe relación entre ellos. El sistema es tan importante como el medio, ya que ambos son lo que son como producto de su interacción, de forma que cualquier cambio en el medio

afecta al sistema, y cualquier cambio en el sistema afecta al medio (Hernández, 1991, p. 141)

Este modelo pone el interés en las interacciones, en las transacciones y en las interrelaciones. El comportamiento, los acontecimientos, los hechos y los procesos sociales no pueden ser entendidos de forma aislada, sino que tiene que ser tratados desde el punto de vista de la interacción. Como recogen Palomar y Suárez (1993), “lo particularmente nuevo de este método, aplicado a la familia, es que no analiza las formas o características del comportamiento cuando aparece, ni sus manifestaciones individuales, sino que observa las interacciones de los componentes cuando estas conductas aparecen, y qué funciones tienen estas últimas en la composición o estructura total familiar” (p. 172). El modelo sistémico entiende los problemas humanos como resultado de interacciones, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas. El trabajador social no tiene la necesidad de que existan usuarios y puede trabajar con diferentes personas implicadas en un mismo problema social, actuando a nivel de las disfunciones o dificultades de interacción (comunicación) entre los diversos sistemas implicados: usuarios, organizaciones, grupos, familias o comunidades.

En palabras del profesor Viscarret (2009), esta concepción “desplaza la atención del objeto del Trabajo Social, dejando de lado una concepción causal e individualizada de la intervención, a una concepción en la que pasan a tener más relevancia el entorno, los cambios que se producen en él y en las transacciones con los mismos”.

En el modelo sistémico lo propio del Trabajo Social es lo social. Se da una visión de las circularidades, de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona, que no ofrecen otros marcos de referencia utilizados por el Trabajo Social. El Trabajo Social sistémico define como principales propósitos de su intervención mejorar la interacción, la comunicación de las personas con los sistemas que les rodean; mejorar las capacidades de las personas para solucionar los problemas; enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y

oportunidades; exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana y contribuir al desarrollo y mejora de la política social. (p. 337).

Desde este modelo se concibe la intervención como un proceso, proponiendo una intervención fásica. Los autores sistémicos indican que esta concepción fásica de la intervención, aunque sirve para ordenar las tareas a llevar a cabo, subrayan la no linealidad de los procesos de intervención, ya que muchas fases y actividades aparecen una y otra vez en el transcurso del proceso de cambio. (Viscarret, 2009, p. 338).

Palomar y Suárez (1993) desarrollan unas consideraciones sobre el modelo sistémico en el Trabajo Social familiar y señalan que “los supuestos teóricos que están a la base del modelo sistémico y que permiten mediante el uso de técnicas concretas, un entendimiento más profundo de la dinámica de las interrelaciones familiares, se relacionan, de diversas formas, con los conceptos y esquemas operativos desarrollados por la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación”. (p. 171).

Viscarret (2009) destaca otra aportación importante del modelo sistémico a la intervención del Trabajo Social, y es la concepción de la relación entre trabajador social y usuario, que es enfocada como una relación transaccional entre ambos. El modelo sistémico propone que las transacciones entre uno y otro afectarán a ambos, de tal forma que cada uno influirá en el otro y viceversa: la horizontalidad y la reciprocidad deben ser sus principales características. (p. 339).

Pincus y Minahan (1973) consideran un enfoque del Trabajo Social aplicando directamente las ideas de sistemas. Con este enfoque se pretende llegar al principio de que la gente, pueda llevar una vida satisfactoria, en función de los sistemas de su entorno social inmediato, por lo que el Trabajo Social debe implicarse en dichos sistemas.

Estos autores consideran tres tipos de sistemas que pueden ayudar a la gente:

- Sistemas informales o naturales tales como la familia, los amigos o los compañeros de trabajo.



- Sistemas formales, como pueden ser los grupos comunitarios o las corporaciones sindicales.
- Sistemas socializados como son los hospitales o las escuelas.

Payne (1995) señala que las tareas del Trabajo Social, desde este modelo son:

- Ayudar a la gente a utilizar y mejorar sus propias capacidades en la solución de problemas.
- Facilitar los contactos entre la gente y los sistemas de recursos.
- Propugnar o modificar las interacciones entre la gente y los sistemas de recursos.
- Mejorar la interacción entre la gente dentro de los sistemas de recursos (en las familias, en los organismos oficiales, etc.).
- Contribuir al desarrollo y cambio de la política social.
- Dispensar ayuda práctica.
- Actuar como agentes de control social.

A continuación se reflejan en la siguiente tabla, cuatro sistemas básicos del Trabajo Social definidos por Pincus y Minahan (1973):

<b>Tabla 3.5.: Los sistemas básicos del Trabajo Social de Pincus y Minahan</b>		
<b><i>Sistema</i></b>	<b><i>Descripción</i></b>	<b><i>Información adicional</i></b>
<b><i>Sistema de agente de cambio</i></b>	Asistentes sociales y las organizaciones en las que trabajan.	
<b><i>Sistema de cliente social</i></b>	Gente, grupos, familias y comunidades que tratan de ayudar y colaborar con el sistema de agente de cambio.	Los clientes sociales actuales están de acuerdo en recibir ayuda e incluso ellos mismos colaboran; los clientes potenciales son aquellos que el asistente social trata de captar.
<b><i>Sistema de objetivo</i></b>	Personas a quienes el sistema de agente de cambio está tratando de cambiar con el fin de que alcancen sus metas.	El cliente y los sistemas de objetivos pueden o no pueden ser uno mismo.
<b><i>Sistema de acción</i></b>	Gente con la que trabaja el sistema de agente de cambio para alcanzar sus metas.	El cliente, la meta y los sistemas de acción pueden o no pueden ser uno mismo.

Fuente: Pincus y Minahan (1973)

Palomar y Suárez (1993) ejemplifican la intervención social desde el modelo sistémico concretándolo en la intervención con familias, y señalan que la familia es un grupo natural que con el curso del tiempo ha creado pautas de interacción con las cuales rige su comportamiento y recrea una determinada estructura. (p. 175).

Minuchin et al. (1981), indica que la estructura familiar es “el conjunto de demandas funcionales encargadas de organizar la interacción de los miembros dentro y fuera del sistema. Dentro de esa organización y para que se produzca la interacción, se crean pautas y patrones de conducta, en los que están insertos, de forma implícita, toda una carga de valores, secretos, normas, sistemas de creencias, reglas, mitos, etc., que son introducidas en el sistema familiar de generación en generación, confirmando estructuras determinadas de comunicación sistémicas” (p. 25).

Palomar y Suárez (1993) señalan que toda estructura de la familia tiende a modificarse de una manera natural si se produce una evolución con normalidad, que “se debe tanto al impulso propio de cada uno de los miembros del sistema familiar, como a la necesidad de adecuarse en sus comportamientos e interrelaciones a las exigencias y condicionamientos de la sociedad en que está inserto ese sistema”.

En la intervención sistémica dentro de un sistema familiar es necesario que sea vista en movimiento, dinamizando a la familia como una unidad relacional e interdependiente, podremos averiguar su estructura interna, y en ella sus reglas, valores, etc, y el tipo de comunicación que la familia utiliza para el reparto de las mismas. (p. 176).

Estas autoras confirman que en toda dinámica familiar se observan una serie de reglamentos internos, si bien en las “familias sanas” estos reglamentos sirven de directrices y de guías, en las “familias perturbadas”, las reglas se utilizan para restringir el cambio y mantener el status quo. En lugar de estar las normas al servicio del sistema y de las personas, son estas últimas las que están al servicio de las reglas.

Para descubrir el funcionamiento de la estructura familiar y la comunicación del sistema es necesario aplicar la técnica más importante de este modelo: la entrevista.

La entrevista sistémica es utilizada como el recurso por excelencia de este modelo en el Trabajo Social. Concretamente, la primera entrevista es el momento más importante de todo el proceso. (p. 177).

La solicitud de ayuda, en ocasiones, viene realizada por un solo miembro de la familia. En este primer contacto es preciso recoger la información, pero se considerará sólo como una versión del problema, llegando a tener tantas versiones como entrevistas individuales hagamos. Si se decide intervenir desde la óptica sistémica se invitará a toda la familia.

Palomar y Suárez, 1993 siguiendo a Haley (1980) y a Andolfy (1977), para conseguir el establecimiento de ese contexto de ayuda, como objetivo de la primera entrevista, ésta quedaría estructurada en cuatro fases: Fase social; planteamiento, definición o estudio del problema; fase de interacción y definición de los cambios deseados. (p. 169-184).

En la fase social es la presentación de ambas partes de la relación. El trabajador social presentará el servicio a la familia, delimitando en ese momento la forma de ayuda, tiempo, horario, etc... Cada miembro de la familia relatará todas las características personales.

En la fase de planteamiento, definición y estudio del problema, el trabajador social da el paso hacia el propósito de la estancia allí de la familia. Desde la pregunta “¿qué os ocurre para que estéis aquí?”, es el momento de obtener el máximo de información posible, debiendo estar muy atentos a quién responde primero, si sólo habla esa persona, si hay alguien más que opina, quién permanece siempre callado, si las versiones que se dan coinciden, si hay enfrentamientos entre los miembros de la familia y qué motivos los provocan.

La fase de interacción tiene por objetivos activar los mecanismos comunicativos directos entre los miembros de la familia y la exploración de la estructura interna de la familia; con esto la familia ocupará el lugar central del diálogo. El profesional seguirá pidiendo opinión a las personas, pero el foco de atención ha pasado de la definición del problema a las relaciones interfamiliares por un lado, y a la familia como sistema y su situación problema, por otro.

Palomar y Suárez (1993) señalan que en esta fase es necesario que el profesional esté alerta ya que es fácil verse involucrado en la propia dinámica familiar y en su fuerte estructura. J Bermang se refiere a familias manipuladoras y afirma: “debemos estar muy atentos a las manipulaciones y alianzas que quiera establecer con nosotros algún miembro de la familia, ya que, significativamente, atenta en contra de otra persona de la familia. Podemos, por tanto, ser manipulados, con la misma fuerza que mantiene la rigidez del sistema” (p. 180).

En la fase de definición de los cambios deseados, el trabajador social interviene solicitando a cada uno de los miembros el marco de una situación favorable y deseable por y para todos. Deben definir el cambio que ha de darse en su estructura relacional, que los haga sentirse más aliviados, y puedan comunicarse. Un elemento esencial, en esta fase, con el fin de favorecer este proceso es el establecimiento de un contrato verbal por parte de la familia. Este contrato compromete a cada uno de ellos ante todos los demás, y entre ellos, a intentar el cambio. (Palomar y Suárez, 1993, p. 181).

Desde la intervención social realizada por estas autoras y utilizando el modelo sistémico la atención a las demandas familiares cambia totalmente. “Se pone el acento de la ayuda en el análisis de la demanda, utilizando a ésta como medio para forzar al trabajador social a establecer una relación con la verdadera red de problemas en la que está inmersa la familia. Según el modelo sistémico, el trabajador social, ante una demanda, orientará toda su comprensión intelectual hacia la naturaleza de la crisis que la determina, utilizándola como el hilo que le conducirá a las confusas relaciones con las que normalmente se enfrenta las familias que piden la ayuda”.

Para finalizar con la exposición de la intervención familiar que han realizado estas profesoras, el paradigma sistémico ofrece como clave principal a tener en cuenta, “la modificación del concepto que tiene la familia de lo que es o significa el cambio, haciéndoles ver que su participación en él es realmente la condición que hace posible el poner fin a la situación de conflicto que están viviendo. Si se sigue una metodología coherente, se podrá conseguir un desenlace positivo del proceso de interacción que el trabajador social contribuyó a iniciar en su primera entrevista” (Palomar y Suárez, 1993, p. 183).

### **3.5.11. Modelo transteórico del cambio**

El modelo Transteórico del Cambio propuesto por James O. Prochaska y Carlo Diclemente (1982) es un modelo global del cambio del comportamiento que ha originado un cambio de paradigma en el área del estudio y tratamiento de las adicciones y nos sirve como marco suprateórico para aproximarnos al abordaje clínico de las drogodependencias.

Este modelo consta de varias etapas por la cuales pasa el paciente hasta llevar a modificar su conducta.

Las explicaciones acerca de una estructura subyacente al cambio voluntario, ya sea espontáneo o dirigido, los autores de este modelo postularon algunos principios básicos de esta estructura.

El primer principio, es que el cambio no ocurre de una manera continua, sino de una manera secuencial, a través de etapas, y que la tarea inicial de la persona es tomar conciencia de la etapa en que se ubica.

El segundo principio es que las estrategias de afrontamiento (procesos de cambio) para moverse proactivamente hacia la acción, difieren según la etapa en que se ubique la persona. ¿Cuáles son esas estrategias y cómo se integran en cada etapa? Para

responder a esta pregunta, los autores del modelo han postulado un conjunto de procesos, derivados del análisis de los principales enfoques psicoterapéuticos, así como del análisis del curso que sigue el cambio espontáneo, no asistido, que la mayoría de personas efectúa en sus vidas cuando tiene éxito en el logro de alguna meta comportamental.

Las etapas de este modelo (Prochaska y Diclemente, 1982) son las siguientes:

1. Precontemplación,
2. Contemplación,
3. Decisión o Preparación,
4. Acción,
5. Mantenimiento y Terminación.

A continuación estas etapas se explican brevemente:

### **1. Precontemplación**

Etapas en la cual la persona no está pensando seriamente en cambiar en forma inmediata. Se trata de personas que no son conscientes de tener algún problema. Puede intentar cambiar porque se siente presionada a hacerlo.

### **2. Contemplación**

La persona es consciente de que existe un problema. Está pensando seriamente en cambiar aunque todavía no hizo nada al respecto. Buscan información relacionada al problema en cuestión.

### **3. Decisión o Preparación**

La persona aún no cambió completamente pero comenzó a realizar algunos cambios en dirección a lo que quiere modificar.

### **4. Acción**

La persona cambia sus conductas concretas y las condiciones ambientales que afectan sus conductas, está en pleno cambio.

## **5. Mantenimiento y Terminación.**

La persona cambió y mantiene los cambios logrados en la etapa anterior. Se esfuerza en no recaer.

Cada una de estas etapas tiene sus propias características y procesos que es necesario conocer para un mejor resultado del modelo.

Este modelo se caracteriza por:

- Ser útil como síntesis de los distintos modelos de cambio de los que se dispone actualmente para las conductas problemáticas: Especialmente de aquellos con vocación de explicación global del cambio.
- Servir como síntesis de los distintos modelos de tratamiento que se utilizan actualmente para las conductas adictivas: Por tanto, ha de facilitar la integración de la intervención terapéutica fragmentada hasta ahora en un número excesivo de alternativas y de tratamientos que compiten entre sí.
- Cubrir todo el proceso del cambio: Desde que el individuo comienza a percibir su comportamiento como problemático hasta que el problema no existe.
- Estar abierto al progreso: Incorporando e integrando las variables que se comprueben significativas en la explicación de la forma en la que las personas modifican sus conductas adictivas.

El Modelo Transteórico del Cambio establece la existencia de un conjunto común de procesos de cambio referidos a “aquellas actividades abiertas o encubiertas en las que los individuos se implican para modificar sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones interpersonales, relativos a conductas o estilos de vida problemáticos”.

Estas actividades, en juego con los denominados estadios o fases del cambio representan un curso de acción en el abandono de las conductas adictivas donde los estados terminales generan nuevos estados o causas iniciales y permiten “situar” en primera instancia los casos clínicos desde una perspectiva evolutiva y no lineal.

La consideración de las variables de este modelo-marco condiciona el balance decisional del paciente y las expectativas de autoeficacia frente al inicio de tratamiento.

En función del momento personal en que se encuentre cada caso debe definirse una línea de inicio de la intervención ajustada a la peculiaridad del individuo y sus procesos, que nos obliga no sólo a “operar” prácticas profesionales, sino a trabajar aspectos motivacionales y del proceso de cambio individual que están en la base subjetiva del problema y que facilitan sin duda el logro de éxitos en la práctica clínica. (p. 276).

### **3.5.12. Modelo humanista y existencial**

Para introducir este epígrafe Payne (1995) considera que el humanismo y el existencialismo son modos de mirar la vida. Aunque tienen significados propios y específicos, en la teoría del Trabajo Social los modelos de práctica que presentan ciertas características suelen agruparse juntos bajo el epígrafe de humanistas. Estos modelos tienen en común ideas tales como que los seres humanos intentan darle sentido al mundo en el que viven, que los asistentes sociales tratan de ayudar a la gente a fin de que adquiera la capacidad necesaria para poder analizarse a sí misma y poder también analizar la significación personal que ella imprime al mundo que percibe y le afecta y que, por último, las interpretaciones dadas por las personas a su propio yo son válidas y dignas de consideración” (p. 220).

El modelo humanista y existencial se originó en Estados Unidos como alternativa al conductismo y al psicoanálisis. La persona, en este modelo, busca autorrealizarse. Maslow (1908-1970) es el primer exponente de la corriente humanista. Los elementos



principales son el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Viscarret menciona a los autores de referencia: Maslow, Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber. Es un modelo de gran repercusión en el Trabajo Social, que más que centrarse en determinadas técnicas de intervención, una filosofía de intervención que se encuentra muy ajustada a la base del Trabajo Social como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. (Viscarret, 2009, p. 320).

Este autor afirma que el Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano y respeta la capacidad de acción y de elección de éste, promoviendo la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación.

Destacar la aportación que señala Payne (1995), con la que el proponente está completamente de acuerdo, y es la de que los valores del Trabajo Social son esencialmente humanistas. De aquí que la idea de considerar a las personas individualmente como un todo y de que están en interacción con su entorno, de respetar la comprensión e interpretación de sus vivencias y de ver a los clientes como el objetivo central de la labor de los asistentes sociales, son apreciaciones todas que encajan perfectamente bien con la personalización y con el enfoque de la relación y la defensa que yo siempre he estimado como fundamental para el Trabajo Social. Las terapias humanistas encuentran, pues, un fácil entronque con la práctica del Trabajo Social". (p. 234).

Dado que el proponente ha centrado el tema de su Tesis Doctoral en la Relación de Ayuda y en el modelo de intervención social humanista, en el próximo capítulo se desarrolla con detalle el concepto, la naturaleza de la intervención, la relación entre profesional y usuario, etc...

**TABLA 3.6.: RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

<b>MODELO</b>	<b>Autores de Referencia</b>	<b>Contenido conceptual de referencia del modelo</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>Naturaleza de la intervención</b>	<b>Relación entre el Trabajador Social y la persona ayudada</b>	<b>Cómo se concibe en el modelo a la persona que vive el problema</b>
<b>Psicodinámico</b>	Ericsson, Piaget, Lewin, Allport.	Pone su atención en mejorar y facilitar el desarrollo de la personalidad de los individuos	Hacer conscientes los conflictos inconscientes.  Mejorar el funcionamiento general de las personas.	No existe una forma de concretar desde la práctica los elementos teóricos de referencia	El trabajador social es considerado como el profesional experto	Visión de la persona y de su problema de forma patológica.
<b>Psicosocial (Enfoque del Modelo Psicodinámico)</b>	Woods, Hollis, Hamilton, Perlman	Deposita confianza en la condición humana y pone énfasis en el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo	Establecer las condiciones óptimas para el crecimiento de la persona.  Ayudar al cliente a conseguir la autorrealización según sus capacidades y potencialidades.	El ayudado desarrolla comprensión de sí mismo, de sus factores sociales y de las personas significativas en su situación social.	Las intervenciones del Trabajador Social buscan entregar comprensión y apoyo al asistido .	Visión optimista de la condición humana
<b>Resolución de problemas (Enfoque del Modelo Psicodinámico)</b>	Erikson, Perlman	Ayuda a las personas a enfrentar y resolver problemas y dificultades a los cuales no encuentran solución por sí solas.	Aumentar en las personas su competencia consciente para resolver dificultades.	Estructura de la personalidad	Establecer una relación terapéutica que le sirva de apoyo e intuya su relación emocional con el problema.	Considera a las personas como sujetos en constante evolución y concede gran importancia a las experiencias vitales.

MODELO	Autores de Referencia	Contenido conceptual de referencia del modelo	OBJETIVOS	Naturaleza de la intervención	Relación entre el Trabajador Social y la persona ayudada	Cómo se concibe en el modelo a la persona que vive el problema
<b>Intervención en crisis (Enfoque del Modelo Psicodinámico)</b>	Freud, Hartmann, Erikson, Lindermann y Caplan.	Ámbito de la enfermedad y salud mental.	Favorecer que el cliente consiga una mejor comprensión cognitiva de la situación con el consiguiente alivio de tensión.  Establecer o reestablecer el sentido de la propia autonomía.	Desequilibrio entre la dificultad que ofrece un problema y el repertorio de conductas con que cuenta la persona afectada para enfrentarlo.	Poder, Autoridad, Mayor directividad.  Establecimiento de un contrato terapéutico.	Creencia de que cada persona tiene un potencial y unas capacidades propias para crecer y para resolver problemas.
<b>Centrado en la tarea</b>	Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York.	Desarrollado desde el Trabajo Social y para el Trabajo Social, aunque recibe ligeras influencias de la Teoría de la Comunicación, de la Teoría del Aprendizaje, de la Teoría de los Roles y del Conductismo.  Psicología cognitiva.	Capacitar al cliente para planear y ejecutar las acciones necesarias para la resolución de su problema.	Eficiencia si el tratamiento interpersonal es breve.  Identificar y aclarar cuáles son los elementos centrales del problema en el presente, en el mundo del usuario y en conocer los obstáculos que impiden el cambio.	Relación basada no en la directividad, sino en el asesoramiento.  Establecimiento de un contrato terapéutico.	El agente primario de cambio es la propia persona y no el trabajador social.
<b>Ecológico o de vida</b>	Bilbring, Germain y Gitterman.	Perspectiva sistémica.	Los problemas aparecen por discrepancias en el proceso de adaptación entre personas y ambiente.	Transacciones entre las personas y el ambiente.	Ayudar a las personas a alcanzar el mejor ambiente: Realización de un contrato.	Visión adaptativa y evolutiva de los seres humanos.

MODELO	Autores de Referencia	Contenido conceptual de referencia del modelo	OBJETIVOS	Naturaleza de la intervención	Relación entre el Trabajador Social y la persona ayudada	Cómo se concibe en el modelo a la persona que vive el problema
<b>Gestión de casos</b>	Intagliata, Geron, Chassier, Libassi, Austin.	Servicios Sociales y Sector Sanitario	Garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite.	Coordinación de servicios.  Proceso que tiene lugar tanto a escala del cliente como a la del sistema.	El trabajador social valora las necesidades del cliente.	Coordinación de los servicios para a aquellas personas que, viviendo en la comunidad, requieren intervenciones complejas.
<b>Conductual-Cognitivo</b>	Pavlov, Thorndike y Watson	Conductismo. Teoría del aprendizaje instrumental operante (Skinner). Teoría del aprendizaje social (Bandura). Teoría del aprendizaje cognitivo (Ellis).	Obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas.	Modificar aquellos comportamientos inadaptados y sustituir éstos por otros comportamientos adaptados.	El trabajador social es quien guía y lidera el proceso.  Vital la participación del paciente.	Focaliza su intervención en los problemas más que considerar al paciente como el problema.
<b>Crítico-radical</b>	Mullaly, 1997; Fook, 1993; Marchant/Wearing, 1986; Withorn, 1984; Bailey / Brake, 1975; Galper, 1975.	Marxismo, Desarrollo Comunitario, Teoría Radical de la Educación de Freire, Sociología Radical Teorías Críticas sobre el carácter étnico Teología de la Liberación.	El cambio estructural real	Utiliza una forma de intervención liberadora desde el Trabajo Social desde la base de que el cambio se encuentra en los protagonistas del mismo.	La relación que se establece entre el trabajador y el usuario se basa en una relación desde los principios democráticos de igualdad, equidad, confianza y respeto.	El trabajador reconoce los conocimientos y capacidades del usuario, es de por sí potenciador.

MODELO	Autores de Referencia	Contenido conceptual de referencia del modelo	OBJETIVOS	Naturaleza de la intervención	Relación entre el Trabajador Social y la persona ayudada	Cómo se concibe en el modelo a la persona que vive el problema
<b>Sistémico</b>	Hangins Bertalanffy	Teoría de los Sistemas.	Unificar la práctica profesional, concibe la intervención como un proceso	Mejorar la interacción; la comunicación de las personas con los sistemas; mejorar las capacidades de las personas, enlazar a las personas con aquellos sistemas; exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana, contribuir al desarrollo y mejora de la política social.	Relación transaccional entre trabajador social y usuario.	El usuario no representa la categoría central del problema social ni es el elemento central en la solución del mismo.  Implica a todas aquellas personas que se encuentren relacionadas con la situación problema.
<b>Transteórico del cambio</b>	Prochaska Diclemente	Área del estudio y tratamiento de las adicciones y nos sirve como marco suprateórico para aproximarnos al abordaje clínico.	De manera secuencial, a través de etapas, y que la tarea inicial de la persona es tomar conciencia de la etapa en que se ubica.	Modelo global del cambio del comportamiento	Balance decisional del paciente y las expectativas de autoeficacia.	Se define una línea de inicio de la intervención ajustada a la peculiaridad del individuo y sus procesos. “Operar” prácticas profesionales. Trabajar aspectos motivacionales y del proceso de cambio individual.

MODELO	Autores de Referencia	Contenido conceptual de referencia del modelo	OBJETIVOS	Naturaleza de la intervención	Relación entre el Trabajador Social y la persona ayudada	Cómo se concibe en el modelo a la persona que vive el problema
<b>Humanista y Existencial</b>	Maslow Rogers Berne Perls Kierkegaard Husserl Heidegger Marcel Buber	Humanismo: visión integradora, holística, del ser humano, concibiendo a la persona como un todo.  Existencialismo: lo que propiamente existe es el hombre, no las cosas, que toman su ser en él o a través de él.	Explicar la vida del hombre sano, guiado por una amplia jerarquía de motivos dominados por el autodesarrollo o el cumplimiento de la vocación propia.	Filosofía sobre la persona y las relaciones sociales.	El trabajador social ha de establecer una relación profundamente personal con su usuario y comportarse como una persona frente a otra y no como un profesional científico de rol superior.	Apoyo a las personas para que éstas incrementen el número de posibilidades y de opciones disponibles en sus vidas.

Fuente: Datos recogidos de Prochaska, J.O. y C.C. Diclemente (1982), Palomar y Suárez (1993), Payne (1995), Contreras (2006), Sarabia (2006), y Viscarret (2009).

### **3.6. Modelos interpretativos del consumo de drogas**

En este epígrafe se desarrollaran varios modelos interpretativos en el consumo de drogas. Antes de entrar en detalle con dichos modelos se hace una introducción a los conceptos básicos sobre adicciones.

Bejarano y Musitu, 1987 citados por Pons (2008) señalan que “el concepto de situación sociológica de la droga en las sociedades industrializadas conlleva diferenciar tres posibilidades”:

- Sustancias institucionalizadas: Sustancias que tienen un estatus de legalidad controlada en cuanto a su producción, distribución, publicidad y consumo, sin críticas del entorno social; especialmente se trata del alcohol y el tabaco.
- Sustancias no institucionalizadas: Sustancias que tienen un estatus de ilegalidad en cuanto a las actividades mencionadas anteriormente y que son criticadas en el entorno social.
- Sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso “desviado”: Son sustancias elaboradas con finalidades médicas, que pueden “desviarse” de su destino original, para ser consumidas con finalidad recreativa. (p. 157).

De manera breve, se hace un glosario de definiciones sobre los conceptos relacionados con las drogodependencias:

**Droga:**

Según la FAD (1996), droga es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (esnifada, inyectada, fumada o traga), tiene la capacidad para alterar o modificar las funciones corporales, las sensaciones, el estado de ánimo o las percepciones sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato).

Ramírez (2000) señala que existen muchas clases de drogas; algunas son legales, como el alcohol, el tabaco o los fármacos, y otras son ilegales, como el hachís, la cocaína, la heroína, etc. Todas las drogas presentan un denominador común, y es que al ingerirlas, por cualquiera de las vías posibles, pasan a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando los diferentes efectos que las caracterizan: excitar o relajar el sistema nervioso, alterar la percepción sensorial o modificar la conciencia del individuo. (p. 103).

Pellejero y Grijalvo (2007) escriben que en el desarrollo de una adicción pueden señalarse diversos estadios:

- Consumo experimental: contacto inicial con una o más sustancias. Las motivaciones más frecuentes son: la curiosidad, la presión de su grupo de pares, la atracción de lo prohibido y del riesgo, y la búsqueda de placer y de lo desconocido.
- Consumo ocasional (uso): Uso intermitente de diversas sustancias sin una periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Las motivaciones más frecuentes: pretender facilitar la comunicación, búsqueda de placer y de relaciones personales y transgresión de normas.
- Consumo habitual (abuso): Uso frecuente de drogas que puede conducir al individuo a otras formas de consumo. Las motivaciones son: búsqueda de intensificar las sensaciones placenteras, mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, reafirmar su independencia con respecto a las normas establecidas y reducir sensaciones corporales desagradables tales como el hambre, el frío o el dolor.
- Consumo compulsivo o drogodependencia: La vida del individuo gira en torno al consumo de drogas (...) Se caracteriza por el uso de una mayor cantidad de sustancia, debido a la tolerancia adquirida; empleo de gran parte del tiempo en obtener la sustancia y el consumo de las mismas.... (p. 58).



Según Pons (2008) en su artículo de la revista Polis, la problemática del consumo de drogas es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas. Es un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones.

Cada perspectiva ofrecerá diferentes aspectos y propondrá una postura aproximativa particular. Son muchos los elementos implicados en este problema social y suponen una complejidad de aspectos que deberán ser considerados para poder entenderlo y abordarlo de manera detallada.

Es un fenómeno que incluye implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas...

Los investigadores y los profesionales buscan diferentes modelos interpretativos que aportan riqueza interpretativa y en este capítulo se hará un breve recorrido por esas interpretaciones.

Siguiendo a Pons, se diferenciarán nueve aportaciones interpretativas que se van a analizar por separado:

- 3.6.1.- Modelo jurídico.
- 3.6.2.- Modelo de la distribución del consumo.
- 3.6.3.- Modelo médico tradicional.
- 3.6.4.- Modelo de reducción del daño.
- 3.6.5.- Modelo de la privación social.
- 3.6.6.- Modelo de los factores socioestructurales.
- 3.6.7.- Modelo de educación para la salud.
- 3.6.8.- Modelo psicológico individualista.
- 3.6.9.- Modelo socioecológico. (p. 157-186).

### **3.6.1. El modelo jurídico**

Esta perspectiva contempla el consumo de drogas desde el punto de vista de las implicaciones legales y delictivas. Asume que las drogas no son legales y son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales. Pretende proteger al individuo y a la sociedad de los males derivados de las drogas no institucionalizadas intentando que las sustancias objeto del consumo queden fuera del alcance de la gente. Se trata de un modelo basado en un paradigma represivo, mediante el cual todo aquello que se considera jurídicamente como drogas se trata como un delito, favoreciendo de este modo la criminalización y estigmatización de los usuarios. Se construye, por tanto, un sistema de control social basado en la figura del drogadicto como elemento central del problema de las drogas.

### **3.6.2. El modelo de la distribución del consumo**

Este modelo incide en el análisis de la oferta y la disponibilidad de una sustancia dada en el seno de la población determinada o de la sociedad en su conjunto. Se refiere a las drogas institucionalizadas, enfatizando la importancia de la disponibilidad del producto en el medio social como factor explicativo de su consumo.

Parker y Harman (1980) mencionan que el modelo de distribución del consumo se basa en las siguientes premisas:

- Las drogas institucionalizadas son causantes de gran número de enfermedades y de accidentes.
- El patrón general de consumo de sustancias institucionalizadas en una sociedad dada predice la cantidad de consumidores abusivos o dependientes de las mismas.
- El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas en la sociedad influirá sobre el número de individuos que abusan de las mismas.
- El consumo de sustancias puede verse influido por los cambios en las normas que regulan su distribución.

Se diferencia, del modelo jurídico-moralista en el mayor interés que éste tiene por las sustancias no institucionalizadas. El modelo de la distribución del consumo pretende reducir los efectos negativos de las sustancias institucionalizadas a través de la regulación del suministro de las mismas.

### **3.6.3. El modelo médico tradicional**

Considera la dependencia de drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control de individuo sobre su ingesta. Ello significa que la dependencia de drogas es considerada un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto y para entenderla bastará apelar a la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas de las drogas.

Esta perspectiva interpretativa ha aportado numerosos avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, así como diferentes procedimientos de base médico-farmacológica que han resultado eficaces para el tratamiento de las adicciones.

Su principal novedad epistemológica se halla en la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social.

La consideración del adicto como enfermo puede tener un efecto contrario al deseado, pues mantiene el etiquetado del propio adicto además de contribuir poco a su papel activo en el tratamiento.

El modelo médico tradicional no resulta una interpretación por sí misma suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de drogas. Y ello no sólo por la anterior reflexión crítica sobre la estigmatización del adicto como enfermo, sino por otras carencias, que se enumeran a continuación:

- El énfasis en las interpretaciones biologicistas e individualistas soslaya aspectos tan importantes para el conocimiento de la conducta de consumo como son los factores sociales. Se considera que la toxicomanía tiene una etiología idiopática, es decir, un origen desconocido o muy poco clarificable y sólo comprensible por sí mismo, asumiéndose únicamente la posible influencia de factores genéticos. (Schuckit, 1986, p. 140-147).
- Apenas contempla el consumo abusivo no adictivo, sino que únicamente centra su atención en la drogodependencia. Se interesa por el estudio del consumo de drogas como categoría patológica y no como conducta.
- Es un modelo más orientado a la patología que a la salud (Friedman, 2002).
- Propone que la prevención –de cualquier enfermedad o dolencia- debe basarse en la divulgación entre la población de los conocimientos acumulados por la ciencia acerca de qué factores causan los problemas de salud.
- Considera la salud como la simple ausencia de enfermedad, es decir, la salud consiste simplemente en no estar enfermo y quien tenga un problema de salud será siempre etiquetado como enfermo. Frente a esto, el concepto más actual de salud –definido por la Organización Mundial de la Salud- la entiende como algo más complejo: como un estado completo e integral de bienestar físico, psicológico y social; por lo tanto, la salud es algo más que tener o no una enfermedad.

#### **3.6.4. El modelo de reducción del daño**

Es complejo definir un concepto, como el de reducción del daño, que abarca campos tan distintos como la terapéutica de las drogadicciones, el significado y rol social de las drogas o la consideración moral de su consumo. Heather, Nick, Wodak, Nadelmann y O'Hare (1993) se refieren a él como un intento de aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de “consumo responsable” emerge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa.

La reducción de daños puede ser vista como un objetivo de un programa de tratamiento, pero también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia.

Las premisas básicas de esta perspectiva pueden resumirse así (Riley y O'Hare, 2000):

- La persona tiene derecho a consumir drogas.
- El consumo de drogas en la sociedad en general es inevitable.
- El daño es lo importante, no el consumo en sí mismo.
- El ejercicio de las actividades terapéuticas es más fácil y menos costoso, pues se interviene para reducir el daño y no para dar tratamiento que modifique el comportamiento, el carácter o las actitudes de la persona.
- No se rechaza la abstinencia como meta para quien la desee o le convenga.

Las interpretaciones propuestas para la reducción del daño pueden ser las siguientes acciones:

- Programas basados en la dispensación de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adicta a heroína.
- Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles.
- Disposición de "áreas de tolerancia", lugares específicamente habilitados para que los consumidores puedan obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención médica.
- Programas educativos basados en la reducción de daños.
- Trabajo de calle dirigido a contactar con jóvenes consumidores para informales acerca de las características de los productos que consumen.
- Demanda de la legalidad controlada de ciertas sustancias no institucionalizadas – especialmente, cannábicos-

### **3.6.5. El modelo de la privación social**

Atiende a las condiciones socioeconómicas en que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Lo económico es contemplado de manera limitada, priorizando la relación del consumo de drogas con las clases sociales más deprimidas.

Autores como Faupel, 1988, citado por Pons (2008) hablan de una cultura de las drogas definida en términos de separación y aislamiento con respecto a las normas y comportamientos sociales convencionales.

Por otra parte, otros autores como Ventosa (1990) han señalado que el alcohol y otras drogas actúan como objetos sustitutivos de la satisfacción de necesidades sociales y económicas, como liberadores de la tensión provocada por no encontrar en la sociedad la manera y el lugar para desarrollar la propia "libido social". Las drogas permiten, a través de sus efectos psicoactivos, bien una evasión de la realidad frustrante, bien un medio de obtener gratificantes que suplan, al menos momentáneamente, la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración. (Pons, 2008, p. 157-186).

Desde esta perspectiva interpretativa se proponen medidas tendentes a reducir o eliminar los factores ambientales que puedan favorecer el consumo abusivo de sustancias o la toxicomanía. Supondría la reducción de tensiones sociales y económicas y de las condiciones causantes de frustración y la falta de oportunidades para los individuos y los grupos, así como la promoción de condiciones que faciliten la igualdad y bienestar social para todos los sectores sociales.

Con este modelo se reduciría la problemática de las drogas a una causalidad esencialmente económica y la misma perspectiva económica la reduce a una relación pobreza-drogas, al tiempo que estigmatiza a las clases más deprimidas como consumidoras de drogas. (Ramírez, 1991 recogido en Pons, 2008).

### **3.6.6. El modelo de los factores socioestructurales**

Este modelo entiende que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, y estos a su vez, están íntimamente ligados y vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia. Los estilos de vida saludable suponen unas elecciones personales, aunque condicionadas por unas determinadas condiciones socioestructurales ligadas al estilo de vida del grupo social, es decir, vinculadas a un tipo de estilo de vida colectivo (Abel, 191; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992 citados por Pons, 2008, p. 157-186).

Las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el rol que debe desempeñar cada individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse. Considerarlo desde esta perspectiva, es decir, en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de referencia, implica que el sujeto queda vinculado a su entorno ya la realidad social en que vive y desarrolla su actividad (Pastor y López-Latorre, 1993 citado por Pons, 2008, p. 157-186).

Pons (2008) considera que la interpretación socioestructural aporta una visión de profundidad a la problemática de las drogas, ya que toma en consideración la vinculación de la conducta de consumo a factores supraindividuales y, por otra parte, no sólo de índole económica. En términos generales, podemos contemplar las bondades de esta aportación en los siguientes hechos:

- La consideración de factores que van más allá de los rasgos individuales como explicativos del consumo de drogas.
- La concepción del ser humano como un ser social, sometido a determinadas influencias de su ambiente sociocultural.
- La descripción de las diferentes pautas de consumo de diferentes sustancias en diferentes sociedades y grupos sociales a partir de los métodos de investigación que aportan las ciencias sociales.

- La visión de la problemática de las drogas como un fenómeno social y grupal y no sólo como un problema individual.

No obstante, continuando con este autor, esta interpretación soslaya los factores psicológicos que pueden dar cuenta de la conducta de consumo y que pueden explicar por qué dentro de un mismo grupo socioestructural todos los individuos no presentan la misma probabilidad de consumir o de hacerlo con la misma intensidad. Del mismo modo, su interpretación alude más a la descripción de pautas de ocurrencia en una determinada sociedad o en unos determinados grupos sociales, que a la profundización de las causas del consumo de drogas. Es, por tanto, un punto de vista que presenta una vocación más descriptiva que interventiva. (p. 157-186).

### **3.6.7. El modelo de educación para la salud**

Desde esta perspectiva se contempla el consumo de drogas como un problema que afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas y que puede ser reducido mediante procedimientos educativos. Green, 1984, citado por Pons (2008) explica que la educación para la salud es la disciplina que se encarga de transmitir conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y sobre aquellos otros que, por el contrario, favorecen y protegen la salud. (p. 157-186).

Villa et al. (2006) señalan que el concepto de Educación para la Salud ha ido cambiando con el paso del tiempo. Se detallan algunas de las definiciones:

- La propuesta en 1975 por el IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Preventive Medicine”, de Estados Unidos, liderado por Anne Sommers, que estableció que la Educación para la Salud debía ser un proceso que informe, motive y ayude a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirija la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. (p. 30).



- También Green (1980) plantea otra definición: “cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”. Esta definición incluye un aspecto importante, como es la toma de decisiones por parte del individuo, de manera que se adopte y refuerce la implantación de hábitos sanos. Es importante en esta definición, la complementariedad de los métodos educativos, la necesidad de una planificación de cualquier estrategia de educación para la salud, con sus correspondientes fases, y la voluntariedad del individuo para conseguir todos aquellos comportamientos que permitan mejorar su salud.
- Desde la Organización Mundial de la Salud, el Comité de Expertos en Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación para la Salud, declaró que la Educación para la Salud representaba una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones que impliquen en todo momento la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven.

La Educación para la Salud no solamente aborda la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La Educación para la Salud incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la Educación para la Salud supone transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. (Villa et al., 2006, p. 32).

En la Educación para la Salud intervienen diversos actores:

- La Administración, a través de diferentes medios como la promulgación de normas tendentes a una salud positiva o favorecer herramientas de la participación comunitaria o la aprobación de determinados planes y estrategias para la salud, favorece la conservación de estilos de vida saludables.
- Los Servicios de Salud, con su actuación operativa en el marco de la atención sanitaria, conocedores del nivel de salud de la comunidad y, a la vez, interrelacionados con lo anterior.
- Los Agentes de Salud, ya sean o no personal sanitario y tomando parte en labores como la de la información, intervención y educación.
- Las personas que integran la comunidad, a las que se les ha inculcado, con la actuación de los anteriores, de una autorresponsabilidad tendente a unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Los investigadores, que muchas veces son los propios agentes de salud, que estudian la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de Educación para la Salud.

La Educación para la Salud se puede considerar, por tanto, un proceso interdisciplinar, dinámico y multiprofesional, influenciado por factores externos que conforman el entorno del individuo dentro de la sociedad, tendentes a lograr un mayor nivel de salud mediante la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.

Las intervenciones educativas e informativas se dirigen a cuatro ámbitos:

- El ámbito educativo propiamente dicho. En los centros educativos para niños y adolescentes son los profesiones –y otros profesionales de la educación– quienes asumen la responsabilidad de educar a los alumnos en la protección de la salud.
- El ámbito mediático. Campañas en los medios de comunicación de masas dirigidas a destacar los riesgos asociados al consumo de sustancias.

- El ámbito comunitario. Incluye actuaciones en servicios sociales y comunitarios, puntos de información, programas con educadores de calle o centros juveniles, entre otros.
- El ámbito sanitario. En los centros sanitarios la responsabilidad de transmitir conocimiento sobre la salud corresponde a los profesionales sanitarios.

Pons (2008) menciona a los autores Pastor, Balaguer y García-Merita (1999) que distinguen tres tipos de estrategias interventivas en el modelo de educación para la salud:

- Mensajes inductores de miedo: Son comunicaciones persuasivas que pretenden motivar a sus receptores a cambiar la conducta perjudicial a través de la inducción de miedo. La finalidad es disuadir el consumo de las drogas.
- Mensajes informativos objetivos: Se utiliza información sobre las drogas, con la finalidad de que los individuos receptores conozcan con rigor las consecuencias que se pueden derivar de su consumo. La intención de los mensajes pretende ser objetiva que los mensajes inductores al miedo.
- Procedimientos de modificación de conducta. Son utilizados en la relación directa entre el profesional sanitario –médico, psicóloga clínico....- y la persona consumidora o potencialmente consumidora. El objetivo es reforzar los comportamientos saludables y modificar las creencias irracionales del individuo acerca de los motivos que le orientan a consumir sustancias. (p. 157-1986).

### **3.6.8. El modelo psicológico individualista**

Nowlis, 1982, citado por Pons (2008) señala que este modelo pone su intensidad en el individuo. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que

rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose ser aplicados a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento. (p. 157-186).

Con el fin de poder interpretar la conducta de consumo de drogas es necesario estudiar los rasgos de personalidad, las necesidades de la persona, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta o los estilos de relación social del individuo consumidor.

Desde esta interpretación se toma en consideración la idea de predisposición psicológica hacia el cuidado de la salud. La disposición de una persona para llevar a cabo determinadas conductas relacionadas con su salud estará condicionada por factores psicológicos tales como la evaluación de costos y beneficios de la acción a desarrollar, la percepción particular sobre la severidad de las consecuencias de tales conductas o la vulnerabilidad subjetiva, es decir, la probabilidad percibida de padecer una determinada enfermedad o dolencia (Becker, Radius, Kirsht, Haefner y Drachman, 1977, p. 348).

Pons y Bejarano (1999) enumera una serie de principios que ayudan a comprender mejor el problema del consumo de drogas desde la interpretación psicoindividualista:

- El consumo de sustancias satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica o social, y la dificultad en la persona para satisfacer estas necesidades por otros medios explica la adicción psicológica.
- Determinadas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo y de adicción: rasgos de personalidad, estructura motivacional, etc...
- Si el consumo de drogas es un comportamiento humano más, podrá ser comprendido a través de la aplicación de los mismos principios que rigen la conducta humana en general, y podrán ser utilizados, a tal fin, los conocimientos acumulados por la investigación en las ciencias del comportamiento.

- La información por sí sola no influye necesariamente sobre el comportamiento, por lo tanto, la difusión de información no será una estrategia preventiva suficiente. Es necesario tener en cuenta al individuo en su conjunto y promover su desarrollo personal, su equilibrio y su madurez.
- El consumo de drogas varía sus pautas entre individuos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo, por lo que se estudia la conducta de consumo de drogas y no exclusivamente la adicción.

Esta interpretación (el modelo psicoindividualista) no resulta del todo suficiente para explicar la problemática de drogas. Pons realiza un breve análisis sobre dos críticas teóricas:

- Se trata de un modelo monádico, que contempla al individuo en su integridad psicológica, pero que olvida el estudio exhaustivo de las influencias sociales y culturales que condicionan la conducta. No tiene en cuenta suficientemente los factores y condicionantes supraindividuales que explican por qué una persona es lo que es y hace lo que hace. Es una interpretación teórica incompleta. La interpretación psicoindividualista comprime los límites dentro de los cuales se desarrolla el individuo, reduciendo la importancia de lo social. Es necesario tener en cuenta el aspecto social, cultura e histórico que enmarca al individuo y los entornos de su vida cotidiana. (Musitu, 1998, p. 4).
- Al definir las características psicológicas más probables de encontrar en una persona adicta, se nos presenta el perfil de un individuo con importantes problemas de adaptación socioemocional: inmadurez emocional, inestabilidad, dificultades en la formación de la autoestima (Ellis, McInerney, DiGiusepoe y Yeager, 1988; Kessel y Walton, 1989). Estos rasgos se obtienen de la investigación rigurosa, y nos informan realísticamente de aquello que suele hallarse al analizar la personalidad de una persona adicta. No obstante, el excesivo énfasis en el rasgo individual puede acarrear el riesgo de perder de vista la influencia de lo social, presentándonos así el perfil de un sujeto

emocionalmente inmaduro, inestable o con dificultades de adaptación social – es decir, estigmatizando, en este caso, al adicto como un sujeto “raro”, olvidando que existen numerosas presiones sociales que pueden llevar a ese individuo a incidir y mantener su consumo de sustancias (Freixa, 1993).

### **3.6.9. El modelo socioecológico**

Bronfenbrenner, 1979, citado por Pons (2008) señala que la conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive; ese proceso de acomodación no sólo se ve afectado por las relaciones entre la persona y sus entornos, sino también por las relaciones que se establecen entre esos entornos entre sí y por los contextos más amplios en los que están inmersos. (p. 157-186).

Según algunos de los autores consultados, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con el campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla la conducta (Sánchez-Vidal, 1998). De esta manera, los estilos de vida saludable de una persona estarán definidos por una serie de factores interrelacionados entre sí, tales como: características individuales, características del entorno microsocial inmediato (familia, amigos, trabajo, comunidad...), factores macrosociales (sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación,...) y el medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de los individuos.

Este modelo se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental.

La explicación socioecológica pretende superar las insuficiencias y limitaciones de los otros modelos, al tiempo que recoger e integrar las aportaciones relevantes de ellos. El modelo socioecológico redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno integral y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema

económico, al sistema jurídico,... y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos.

La explicación socioecológica no debería ser tomada como una especie de “cajón de sastre” en el que cabe todo aquello que tiene diferente ubicación en los diferentes modelos interpretativos.

El consumo de drogas es explicado desde la interacción de tres constelaciones de factores explicativos:

- a). la droga: los efectos psicoactivos y el significado social de la droga.
- b). la persona: las características psicológicas y orgánicas del sujeto consumidor.
- c). el ambiente: las características de los contextos en que se encuentra integrado ese sujeto a lo largo de su ciclo vital (Bejarano y Musitu, 1987).

Pons (2008) hace referencia al modelo etiológico del consumo de drogas propuesto por Edwards, Arif y Hodgson (1982), quienes conceptualizan el consumo de drogas como una conducta que resulta de un complejo campo de fuerzas en el que se integran las características de la persona y las de sus ambientes. (p. 177).

Estos autores consideran que el consumo de drogas encontrará los siguientes factores etiológicos:

- Factores sociales:
  - Antecedentes previos: Interacción con el grupo, interacción familiar y uso de drogas en la familia.
  - Antecedentes inmediatos: Normas sociales el grupo, disponibilidad de la droga y variables demográficas.

- Factores individuales:
  - Antecedentes previos: Experiencia precoz con drogas, desarrollo psicológico y rasgos de personalidad.
  - Antecedentes inmediatos: Estados de ánimo susceptibles de ser modificados por el efecto psicoactivo de una droga.

Teniendo en cuenta la siguiente tabla (Ver Tabla 3.7), Pons considera la conducta de consumo de drogas, desde esta perspectiva, como el producto de un complejo campo de fuerzas. El modelo socioecológico pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social y cultural, y atiende al problema de las drogas como un fenómeno multidimensional, posibilitando buscar y descubrir nuevas alternativas de intervención que permitan reducirlo y controlarlo, atacando sus causas en diferentes niveles de profundidad. El fenómeno del consumo de drogas se redimensiona como problema social.



<p align="center"><b>Tabla 3.7.:</b></p> <p align="center"><b><u>Modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación socioecológica</u></b></p>
<p>A). Características personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad y género.</li> <li>- Rasgos de personalidad.</li> <li>- Estado emocional.</li> <li>- Valores y disposiciones motivacionales.</li> <li>- Actitudes y expectativas hacia el uso de la droga.</li> <li>- Estilos de vida y de relación social.</li> <li>- Uso de otras sustancias.</li> </ul> <p>B). Características de la droga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de droga consumida.</li> <li>- Efectos psicoactivos.</li> <li>- Efectos reforzadores derivados de su consumo.</li> <li>- Dosis ingerida.</li> <li>- Tiempo de consumo.</li> <li>- Forma de ingesta.</li> <li>- Dependencia y Tolerancia.</li> </ul> <p>C). Características del medio microsocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Socialización familiar.</li> <li>- Consumo de drogas en los miembros de la familia.</li> <li>- Historia de relaciones familiares.</li> <li>- Relaciones con el grupo de iguales.</li> <li>- Consumo de sustancias en el grupo.</li> <li>- Actitudes hacia las drogas en la familia y en el grupo.</li> <li>- Significado social de la droga en el grupo.</li> </ul> <p>D). Características del medio macrosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características del entorno social y cultural.</li> <li>- Tipo de presencia e imagen de las drogas en los medios de comunicación.</li> <li>- Disponibilidad de la droga.</li> <li>- Publicidad de drogas institucionalizadas.</li> <li>- Valores sociales imperantes.</li> <li>- Interpretaciones colectivas y representaciones sociales.</li> <li>- Aceptación de la droga en el medio social y situación legal.</li> <li>- Presencia de la droga en las actividades sociales de la cultura de referencia.</li> <li>- Oferta y tipos de actividades de ocio disponibles.</li> <li>- Factores económicos y políticos.</li> </ul>

**Fuente:** Tabla 1. Pons Díez, Xavier. *Revista Polis-Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*. Vol. 4 nº 2. 157-186.

Como conclusión, indicar que el modelo socioecológico no propone una explicación basada en el determinismo contextualista, sino que se parte siempre de la noción de las personas como sujetos activos en la definición de sus conductas –aun recibiendo influencias del medio sociocultural-.

En el caso de Gutiérrez (2007), y de una manera menos completa considera que los modelos teóricos de referencia para intervenir en drogodependencias son cuatro, basándose en la obra de Cano et al. (1991):

1. El modelo médico-sanitario que atribuye a las drogas el papel de agente principal que origina efectos nocivos para la salud del consumidor, considerado, ahora como un enfermo que necesita ser curado. Lo que este modelo subraya es que el drogodependiente ha de ser tratado como un enfermo al que hay que diagnosticar, prescribir y tratar como cualquier otro enfermo e introducirlo en la estructura médica, incluida la institucionalización.
2. El modelo sociocultural centra la atención en las condiciones socioeconómicas ambientales como factores que originan el consumo, estableciendo una adaptación de los contextos socioculturales al individuo y a sus necesidades, a través del cambio social. En consecuencia, la idea predominante es que las variables determinantes serán las de tipo sociocultural.
3. El modelo biopsicosocial maximiza la importancia del sujeto y su comportamiento en relación a los tres factores fundamentales: sustancia-persona-entorno, tendiendo a establecer distinciones en cuanto a la cantidad, frecuencia y modalidades del uso de las drogas, las diversas funciones de estas y los efectos de sus consumos por individuos diferentes. Según este modelo existe una serie de factores individuales que pueden llevar a probar una sustancia y una serie de presiones grupales que incidan o favorecen el consumo. (p. 36).

A continuación se realiza una tabla (Tabla 3.8.), a modo de resumen, de los modelos interpretativos del consumo de drogas con los datos detallados anteriormente.

**Tabla 3.8.: Resumen de los Modelos interpretativos del consumo de drogas**

<b>Modelo Interpretativo del consumo de drogas</b>	<b>Punto de vista</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Consideración del Drogodependiente</b>	<b>Características</b>	<b>Interpretaciones propuestas</b>
<b>Modelo Jurídico</b>	Implicaciones legales y delictivas	Proteger al individuo y a la sociedad	Drogadicto: elemento central del problema.	Paradigma represivo: todo lo considerado jurídicamente como drogas se trata como un delito. Favorece la criminalización y estigmatización de usuarios.	
<b>Modelo de la distribución del consumo</b>	Análisis de la oferta y la disponibilidad de una sustancia.	Reducir los efectos negativos de las sustancias institucionalizadas a través de la regulación del suministro de las mismas.		Las drogas institucionalizadas son causantes de gran número de enfermedades y de accidentes. Predice la cantidad de consumidores abusivos o dependientes. El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas influirá en el número de individuos que abusan de las mismas. Puede verse influido por los cambios en las normas que regulan su distribución.	

Modelo	Punto de vista	Objetivo	Consideración del Drogodependiente	Características	Interpretaciones propuestas
<b>Modelo Médico Tradicional</b>	Dependencia como una enfermedad con pérdida del control de individuo sobre su ingesta		Considera al adicto como un enfermo y no como un desviado social.	No resulta una interpretación por sí misma para explicar el consumo por: Énfasis en las interpretaciones biologicistas e individualistas (Schuckit, 1986 en Pons, 2008). Centra su atención solo en su drogodependencia (patología, no conducta). Más orientado a la patología que a la alud (Friedman,2002) Considera a la salud como ausencia de enfermedad.	
<b>Modelo de reducción del daño</b>	Disminuir los efectos negativos de la droga.	Aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas.	La persona tiene derecho a consumir drogas.	No requiere necesariamente la reducción del consumo de drogas: plantea el "consumo responsable".	Programas de Dispensación de Metadona. Provisión de jeringuillas y agujas estériles. Utilización espacios habilitados para utilización de material limpio. Programas Educativos. Trabajo de Calle.

Modelo	Punto de vista	Objetivo	Consideración del Drogodependiente	Características	Interpretaciones propuestas
<b>Modelo de la privación social</b>	Cultura de las drogas desde la separación y el aislamiento en referencia a normas y conductas convencionales.	Se reduciría la problemática de las drogas a una causalidad económica y esta perspectiva económica, la reduce a una relación pobreza-drogas.	Estigmatiza a las clases más deprimidas (Ramírez, 1991).	Las drogas permiten evasión de la realidad, un medio para obtener gratificantes que suplan la insatisfacción vital y el sentimiento de frustración	Medidas de reducción de factores ambientales que puedan favorecer el consumo abusivo de sustancias. Reducción de tensiones sociales y económicas.
<b>Modelo de los factores socioestructurales</b>	El consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona. En función de la posición relativa que ocupa la persona en los diferentes grupos de referencia.		El sujeto vinculado a su entorno y a la realidad social. (Pastor y López-Latorre, 1993 en Pons, 2008)	La consideración de factores más allá de los rasgos individuales como explicativos del consumo de drogas. Concepción del ser humano como un ser social, sometido a influencias de ambiente sociocultural. Descripción de las diferentes pautas de consumo de diferentes sustancias en diferentes sociedades. Visión de la problemática de drogas como un fenómeno social y grupal.	Este modelo presenta una vocación más descriptiva que interventiva.

Modelo	Punto de vista	Objetivo	Consideración del Drogodependiente	Características	Interpretaciones propuestas
<b>Modelo de educación para la salud</b>	Consumo afecta a la salud física, psíquica y relacional de las personas.	Transmitir conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y otros, que favorecen y protegen la salud.		Transmisión de información sobre salud. Desarrollo de habilidades personales para lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. (Villa y otros, 2006:32).	Ámbito educativo. Ámbito mediático. Ámbito comunitario. Ámbito sanitario.
<b>Modelo psicológico individualista</b>	Pone la intensidad en el individuo explicado desde los principios de cualquier conducta humana.		Tener en cuenta al individuo en su conjunto y promover su desarrollo personal, su equilibrio y su madurez. Es necesario estudiar rasgos de personalidad, necesidades de la persona, actitudes, valores, hábitos de conducta o estilos de relación social del individuo consumidor	El consumo satisface alguna necesidad física, psicológica o social: adicción psicológica. Variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta. El consumo de drogas es un comportamiento humano por lo que puede ser tratado con principios de la conducta humana.	
<b>Modelo socioecológico</b>	Toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental.	Redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno integral y problema social.	Revaloriza al ser humano como ser social y cultural.	Este modelo se explica desde tres factores: Droga, persona y ambiente.	

Fuente: Datos obtenidos de Pons Diez, Xavier. Publicado en 2008 en la revista "Polis – Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial". Vol. 4 nº 2 pp. 157-186.

## **Capítulo 4:**

### **El Modelo Humanista**

#### **4.1. Introducción**

El proponente centra su práctica profesional con los usuarios que atiende en lo cotidiano en unas bases de intervención que favorecen la implicación profesional desde el vínculo y la Relación de Ayuda.

Durante casi toda la vida laboral el proponente ha encontrado los valores y la forma de proceder en los axiomas de la Relación de Ayuda inspirada en el Modelo Humanista. Tal y como descubre Carl Rogers, la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional han sido los aspectos-guía para desarrollar los vínculos y acompañar los procesos con la persona que solicitaba la ayuda.

Desde la experiencia y el conocimiento teórico, el doctorando busca en este modelo la inspiración y el sentido de la práctica profesional para llegar a entrar en “común-únión” con el usuario, y el saber “estar al lado” de la persona.



Para la elaboración de este capítulo el proponente hace un recorrido desde los orígenes de la Psicología Humanista, origen del modelo objeto de este capítulo, basándose en el estudio del Profesor Manuel Villegas Besora (1986) de la Universidad de Barcelona, haciendo mención a autores principales como Maslow y Rogers.

Tomando la obra de Viscarret (2009) se hace un análisis del modelo humanista y se compara con otras escuelas o corrientes. Se recoge el contenido conceptual del modelo, haciendo hincapié en las aportaciones que realiza del ser humano: “el hombre tiene la capacidad de poder elegir libremente” (p. 321).

Desde la naturaleza de la intervención del Trabajo Social se plantean diferentes enfoques: centrado en el cliente, guesáltico, análisis transaccional y enfoque existencialista.

Se hace un estudio con detenimiento en el modelo centrado en el cliente tras recoger la biografía de su principal precursor, Carl Rogers.

El capítulo finaliza con una pequeña biografía de Robert Carkhuff y la explicación de su modelo de ayuda.

#### **4.2. Origen de la Psicología Humanista**

Aunque el primer Encuentro Nacional de la American Association for Humanistic Psychology (AAHP) tuvo lugar en 1962, la Asociación se había constituido ya como tal en verano de 1961. Con anterioridad en la primavera el mismo año, había aparecido el primer número del Journal of Humanistic Psychology. De manera que puede considerarse 1961 como el año en que la Psicología Humanista nace a la luz pública. (Villegas, 1986:9).

El profesor Villegas (1986) afirma que la Psicología Humanista es fundamentalmente un movimiento programático, surgido en Norteamérica en la década de los sesenta, orientado a promover una psicología más interesada por los problemas humanos, que sea “una ciencia del hombre y para el hombre” como recoge de B. Smith, 1969. (p. 11).

Fourcade, 1982, citado por el profesor Villegas (1986), la define como:

“un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad. Un movimiento científico y filosófico que comprende la psicología en sus dimensiones dinámica y social, basada en una visión holística del hombre, redescubriendo así formas tradicionales occidentales y orientales de conocimiento. Un conjunto de técnicas de cambio individual y social, un conjunto de valores que conciernen las relaciones del individuo y de la sociedad con una moral implícita o explícita... Un movimiento contracultura, que se ha extendido bajo la forma de lo que se ha venido en llamar Movimiento del Potencial Humano”. (p. 11).

El mismo Maslow (1970) nos recuerda que el movimiento de la Psicología Humanista “no es obra de un solo líder o de un gran nombre que lo caracterice, sino de muchas personas”, como Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport y Henry Murray entre sus antecesores y Carl Rogers, Rollo May, Gardner Murphy o Erik Erikson entre sus coetáneos.

La Psicología Humanista no surge de forma repentina, desconectada de su entorno histórico y contextual. Su aparición pública se produce en un momento particularmente receptivo, después de un largo periodo de incubación ideológica. La década de los sesenta es especialmente sensible a este respecto y presenta una apertura inusitada hacia el optimismo y la esperanza. Responde a un cambio de las actitudes políticas y sociales y debe ser interpretada de acuerdo con lo que Juan XXIII llamó “el signo de los tiempos”. (Villegas, 1986, p. 11).

El profesor Villegas (1986) continúa señalando que durante los años de apogeo contracultural, que acompañaron a la guerra del Vietnam, la Psicología Humanista

atrajo a los estudiantes a quienes disgustaba el conductismo mecanicista y anhelaban una psicología centrada en la persona, que creyera en la libertad y la dignidad humanas, protesta que encontró en Chomsky (1971) uno de sus portavoces más destacados. En una entrevista concedida a Frick (1971), Maslow se hacía eco del impacto social de la Psicología Humanista en la juventud americana:

“Mi libro “Toward a Psychology of Being”, por ejemplo, ha sido muy vendido y leído, y sobre todo, según creo seguido entre los jóvenes. Se han vendido ya unos 150.000 ejemplares y, aparentemente, se lo usa para ayudar a esa clase de comprensión en los grupos hippies y entre muchos jóvenes de los más educados, universitarios, por ejemplo”. (p. 11).

Los psicólogos humanistas americanos no se inspiraron directamente en la psicología fenomenológica ni en la filosofía existencial. Es más, su conocimiento de estas corrientes de pensamiento es tardío y superficial. En una entrevista publicada en este mismo Anuario (Villegas, 1986) Rogers lo confesaba abiertamente:

“En realidad no he recibido una gran influencia de la filosofía existencial. La descubrí cuando ya había formulado mis propios puntos de vista y encontré que existían grandes coincidencias. Pienso que los autores que causaron mayor impacto en mí fueron Kierkegaard y Martin Buber... Ni Heidegger, ni Sartre, en cambio, influyeron en mi investigación”.

Maslow (1962), que consideraba a los filósofos existenciales “muy difíciles o imposibles de entender”, admitía que había sido muy poco tenaz en el esfuerzo por conseguirlo. Para él: “la conclusión número uno es que los filósofos europeos y los psicólogos americanos no se hallan tan alejados los unos de los otros, como podría aparecer a primera vista. Nosotros los americanos hemos estado hablando en prosa todo este tiempo y no lo sabíamos. Naturalmente, en parte, este desarrollo simultáneo en diferentes países indica que las personas que son independencia mutua han llegado a

la misma conclusión, están todas ellas respondiendo a algo real, exterior a ellos mismas”

Entre los psicólogos que hablaban en prosa, el profesor Villegas señala que Maslow (1962, 1968b) cita a Allport, Rogers, Goldstein, Fromm, Erikson, Murray, Murphy, Horney y May, que resultan “mucho más inteligibles”. Su acercamiento al Existencialismo se produjo, según confesión del propio Maslow (1968b), inducido por algunos de sus colegas, entre ellos: Adrian Van Kaam, Rollo May y James Klee. Maslow llega incluso a declarar explícitamente en reiteradas ocasiones (1961, 1962, 1968b, 1970) su disconformidad con el pensamiento existencial, particularmente con el de Sastre, por no tomar en cuenta “los hechos de la genética y de la psicología constitucional”. La razón de esta oposición está en el ahistoricismo profesado por Maslow (1962): “Creo justo afirmar que ninguna teoría de la psicología estará jamás completa, sino incorpora en su centro la idea de que el hombre tiene su futuro en su propio interior, dinámicamente activo en el momento actual. En este sentido puede tratarse el futuro como ahistórico al modo de Kurt Lewin”.

El primer contacto de la psicología americana con el método fenomenológico se hace a través de la Gestalt, cuyas lecciones, dice Maslow (1957) “todavía no han sido plenamente integradas en la psicología”. (Villegas, 1986, p. 14).

Además de los gestaltistas, otros psicólogos y filósofos alemanes y austriacos emprendieron el viaje americano a causa del naximo. Entre ellos los esposos Bühler, M. Arnold, Heider, Sherer, W. Stern, Werner, etc., buenos conocedores de la fenomenología. Dentro del pensamiento más específicamente existencial hay que destacar la presencia en Estados Unidos de M. Buber y P. Tillich. Puede considerarse a este último como el verdadero introductor del existencialismo.

Villegas (1986) escribe que las figuras más destacadas del existencialismo americano en relación a la psicología son, Rollo May, largos años profesor en Europa, buen conocedor de la filosofía continental, y Adrian Van Kaam, de origen holandés, profesor

de la Duquesne University, editor de "Humanitas y de la Review of existential Psychology and Psychiatry" (p. 14).

El profesor Villegas (1986) señala que el movimiento de la Psicología Humanista es un fenómeno genuinamente americano, y el propósito de autores como Stanley Hall querían una psicología de la totalidad del ser humano. La psicología debía explorar la rica vida afectiva, que subyace al intelecto, en orden a comprender la esencia de la humanidad. Estos puntos de vista prestaban las bases para las formulaciones posteriores de teorías de la personalidad, tales como las de Gordon Allport, Gardener Murphy, Abraham Maslow, George Kelly, Henry Murray, Hadley Cantril o Carl Rogers, todos los cuales, excepción hecha de Kelly, se encuentran entre los promotores inmediatos de la Psicología Humanista. Si nos centramos en la figura de Abraham Maslow, al que sin duda cabe considerar, de acuerdo con Rogers (1987), como el principal iniciador y promotor del movimiento de la Psicología Humanista. (p. 16-17).

Este autor escribe que Rogers, es el segundo autor más representativo de la Psicología Humanista, después de Maslow, para quien los pensadores europeos que más directa, aunque tardíamente, influyeron, fueron Buher, de quien tomó la teoría de las relaciones interpersonales, Kierkegaard, de quien le impresionó su sentido de la individualidad y Otto Rank, tal vez la influencia más primitiva de todas, de quien recibió el concepto de voluntad positiva. De entre sus contemporáneos, Rogers cita con frecuencia a G. Allport, Rollo May y al propio A. Maslow. (p. 18).

También menciona que Rogers (1987) se remite con frecuencia a físicos y filósofos contemporáneos en quienes cree hallar una confirmación de sus posiciones teóricas, particularmente la fundamentación de la tendencia actualizante. Estos son: F. Capra, físico teórico, M Murayama, filósofo de la ciencia e I. Prigogine, premio Nobel de química. Para Rogers la principal fuente de conocimiento la constituye su propia experiencia, y como tal no tiene demasiado interés la investigación de las fuentes bibliográficas e ideológicas. (p. 19).

Este profesor destaca una cuestión importante indicando que la Psicología Humanista se remite habitualmente a la teoría organísmica como su marco de referencia conceptual. Su principio fundamental es la tendencia actualizante del organismo. Fue Goldstein (1940) citado en Villegas (1986:29) el primero en introducir el concepto de autoactualización según el cual todas las características y motivos del organismo están al servicio de esta tendencia suprema: “Las tendencias que mantienen en funcionamiento el organismo no son más que las fuerzas que surgen de su tendencia a actualizarse tan plenamente como sea posible en términos de sus potencialidades”.

Siguiendo a Villegas, la Psicología Humanista, dice Campbell (1984), tiene un solo y único principio, a saber: “que dadas unas circunstancias nutritivas, el ser humano posee el potencial para desarrollarse como una persona sana, que se autodetermina, autorrealiza y trasciende”.

A este principio, Rogers (1987) lo llama “tendencia formativa”, verdadera vis a tergo, que para él no sólo se halla presente en los organismos vivos, sino en todo el universo: “Mi hipótesis es que en el Universo hay una tendencia direccional formativa, que puede observarse en el espacio estelar, en los cristales y microorganismos, en los organismos más complejos y, finalmente, en los seres humanos”. (Villegas, 1986, p. 30).

La tendencia actualizadora no sería más que un derivado de ella: “Podemos decir que en todo organismo, a cualquier nivel, existe un flujo subyacente hacia la realización constructiva de sus posibilidades inherentes. En los seres humanos existe también una tendencia natural hacia un desarrollo más completo y sano. El término que más se ha utilizado es el de *tendencia actualizante* y está presente en todo organismo vivo”.

En el plano psicológico, esta tendencia significa que cada ser humano “posee una tendencia autodirigida hacia la totalidad, hacia la actualización de sus posibilidades”. Es selectiva y actúa solo en una dirección constructiva. Rogers (1978) citado en Villegas (1986, p. 30) había observado que bajo ciertas condiciones, llamadas por él

“facilitadoras” se producía un movimiento espontáneo del cliente hacia una mayor integración.

Esta tendencia que él llamaba actualizante encontraba su paralelismo en la teoría motivacional de Maslow que llevaba también inexorablemente hacia la autorrealización. Ambas teorías se hallan potencialmente contenidas en la concepción holística de J. C. Smuts (1926). “Aunque reconozco mi deuda con el historiador británico Lancelot Whyte”, dice Rogers (1987): “quedé sorprendido al saber tiempo después que casi las mismas ideas se encontraban en un libro anterior de Jan C. Smuts, el legendario soldado sudafricano, cuyo tema era la tendencia holística, totalizadora en todos los estados de la existencia, fundamental en el universo”.

En cuanto a la teoría holística, Villegas (1986) recoge las ideas o conceptos básicos resumiéndolos así: “El organismo humano tiene una naturaleza interna intrínseca de necesidades y tendencias direccionales. El modelo holista de la organización y el crecimiento de la personalidad es biológico. Las tendencias direccionales orgánicas orientan y controlan el desarrollo de la personalidad humana. El organismo ha de afirmarse en estas direcciones para asegurar un crecimiento sano. Existe un impulso natural hacia la autorrealización. El concepto de autorrealización incluye la necesidad de establecer unidad y coherencia” (p. 30).

Siguiendo con el concepto de autorrealización, resulta pues nuclear en la concepción humanista. Aparece originariamente en la teoría motivacional de Maslow (1943, 1954), como el remate de la pirámide jerárquica de necesidades y se ha ido repitiendo en sucesivos trabajos suyos de forma insistente. Conceptos semejantes a los de Maslow pueden ser rastreados, según Frick (1982), en el pensamiento de Adler (personalidad creativa), en el de Jung (individualización) o en el de Karen Horney. (Villegas, 1986, p. 31).

El profesor Villegas (1986) también señala que la teoría de Maslow no admite una interpretación emergentista, sino que es reductivamente biológica: tanto las

estructuras como los contenidos de las necesidades humanas, incluso las más elevadas, son innatas y están genéticamente determinadas. (p. 35).

En este supuesto, ¿cuáles serían las condiciones auxiliares presentes en el ambiente que actuarían de facilitadores, tales como el agua, la tierra y el sol para usar el símil propuesto por Maslow?. Rogers ha respondido a esta cuestión a través del enunciado y de la descripción de las condiciones o actitudes “facilitadoras” del proceso terapéutico centrado en la persona, que han constituido el núcleo de su trabajo durante más de cuarenta años. En una reciente reelaboración de sus postulados Rogers (1978, 1987) citado por Villegas (1986, p. 35), lo resume así: “Para que el clima facilite el crecimiento deberían cumplirse tres condiciones, las cuales son apropiadas, tanto para describir las relaciones entre terapeuta y cliente, como entre padres e hijos, líderes y grupo, profesores y alumnos, administrados y staff. En general, serán adecuadas en cualquier situación en la que el propósito sea el desarrollo de la persona”.

Siguiendo con este análisis que detalla el profesor, basándose en Rogers, las condiciones facilitadoras se reducen básicamente a tres: congruencia, empatía y aceptación. La cuestión crítica que se plantea al respecto es saber si estas condiciones se bastan por sí mismas, si son las necesarias y suficientes para facilitar por sí solas el desarrollo de la persona. Parece que está fuera de toda duda después de los cuidadosos trabajos del propio Rogers (1978) y colaboradores. Existe en la concepción de Rogers, lo mismo que en la de Maslow, un salto epistemológico que reduce todo el proceso a un despliegue interno de potencialidades innatas e impide darse cuenta de la complejidad interactiva del proceso. Los padres, maestros o terapeutas no son puramente facilitadores, sino que, aún en contra de su supuesta voluntad explícita de no interferir en el proceso autónomo de sus pupilos, actúan como verdaderos “agentes” de su desarrollo. (p. 35).

No obstante, Rogers y Maslow son lo que más han influenciado a Trabajo Social en el quehacer de consejería; frente a ello señala Payne (1995): “La postura del asistente social debería ser no directiva (línea rogeriana), no crítica (en el sentido de juzgar al



cliente), y en las últimas formulaciones debería manifestar <<interés activo>>, <<empatía precisa>> y <<auténtica amistad>>” (p. 220).

Como se advierte, este es el ideario de Richmond, que con los posteriores desarrollos de las escuelas de pensamiento, que se analizarán, retoma el Trabajo Social en las décadas de los años 60 y 70 del siglo pasado, a partir de cinco ideas que Carkhuff y Berenson (Payne, 1995, p. 221) identifican: a) comprenderse comprendiendo al otro; b) temor a quedarse solos; c) sentimiento de culpa por la propia impotencia; d) auto-responsabilidad; y e) la terapia como herramienta para liberarse responsablemente.

#### **4.3. El Modelo Humanista**

El proponente, en este trabajo de Tesis, tiene el interés de analizar el Modelo Humanista debido, como ya se ha indicado, por que realiza su intervención social desde el mismo, motivado por buscar la centralidad de la intervención en “la persona” y no tanto, en la causa de los problemas y/o situaciones concretas.

Viscarret (2007) escribe sobre el modelo humanista y existencial indicando que este modelo ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social. (p. 161). La Teoría de Rogers se encuentra muy próxima al Trabajo Social. El propio Rogers (2014) reconoce que los trabajadores sociales psiquiátricos parecían hablar su idioma y por ello emprendió actividades en ese campo. (p. 23).

Viscarret (2007) considera que el humanismo y el existencialismo proponen más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma, una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con las raíces del Trabajo Social, como son el respeto al cliente y la no imposición del proceso de intervención.

Payne (1995) indica que “el humanismo y el existencialismo son modos de mirar la vida, que aunque tienen significados propios y específicos, presentan características

similares para la práctica del Trabajo Social, siendo agrupados bajo el epígrafe de humanistas. Ambos modelos proponen ideas tales como que los seres humanos intentan darle sentido al mundo en el que viven, que los trabajadores sociales intentan ayudar a las personas con el objeto de que consigan la capacidad necesaria para comprenderse a sí mismos y poder analizar la significación personal que ellos mismos le imprimen al mundo que perciben y que viven, teniendo especial respeto por las interpretaciones dadas por las personas” (p. 219).

Frente al conductismo y al psicoanálisis, en Estados Unidos se originó el movimiento de psicología humanista, donde la persona busca autorrealizarse. Maslow (1908-1970) denominó a esta tendencia como la “tercera fuerza” (en psicología), señalando así su rechazo a un tiempo del conductismo y del psicoanálisis.

Viscarret (2007) considera que los elementos de interés son el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Se pretende explicar la vida del hombre sano, guiado por una amplia jerarquía de motivos denominados por el autodesarrollo o el cumplimiento de la vocación propia.

Autores de referencia son: Maslow, Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber.

Según Viscarret (2007) es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma, una filosofía de intervención que se encuentra acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación.

El enfoque humanista apareció a partir del desarrollo de nuevas formas de ver al ser humano, de nuevas formas de entender posconflictos existenciales y las posibilidades de cambio y junto al cambio que experimentaron algunos discípulos de las teorías psicoanalíticas de Freud, Watson o Jung. Psicoanalistas como Fritz Perls, Eric Berne, Carl Rogers o Maslow impulsaron con sus teorías otras perspectivas, como la Gestalt, el análisis transaccional o el enfoque centrado en la persona, que veían en el ser humano un continuo buscador de la autorrealización.

Viscarret (2007) considera que la diferencia del humanismo con referencia a otras escuelas o corrientes que han influido en el Trabajo Social son:

a).- Poseer una visión integradora, holística, de las distintas áreas en clara oposición a la visión dual (separadora) mente-cuerpo de la que hacen gala otras disciplinas.

b).- El humanismo entiende al hombre como un ser equipado del conjunto de potencialidades necesarias para su completo desarrollo, frente a otras consideraciones teóricas que conciben el hombre como un ser incompleto.

c).- El humanismo ve en el síntoma la manifestación externa de un problema o conflicto interno. El humanismo no trata de eliminar ese síntoma, como proponen otros modelos, sino que trata de escucharlo, de entender su significado, de comprenderlo. El síntoma es entendido como una señal que informa de cuál es el problema.

d).- El humanismo se niega a distinguir entre personas enfermas o personas sanas. Considera que todos los seres humanos están necesitados de ayuda a la hora de buscar o de encontrar el equilibrio.

e).- El humanismo también difiere en la posición que otorga al profesional o al terapeuta en relación con la persona que busca ayuda. El humanismo concibe al profesional no como alguien “sano” que “cura” al enfermo, sino que le propio

profesional es concebido como un “buscador” que recorriendo el camino es conocedor de y ofrece las herramientas necesarias para recuperar el equilibrio.

El humanismo rompe con la distancia entre paciente y terapeuta. El terapeuta se sitúa al mismo nivel que el cliente. El profesional que interviene desde el humanismo es un profesional abierto a aprender con y del cliente. (p. 163)

#### **4.4. Contenido conceptual del Modelo Humanista**

Este modelo subraya, en primera instancia, la libertad, la dignidad y el potencial de elección que poseen las personas. Personas que se conciben en constante desarrollo y evolución. Las personas crean su personalidad a través de las elecciones y decisiones que tornan su vida, las cuales vienen determinadas por la libertad y la conciencia.

- Humanismo: Aporta una visión integradora, holística, del ser humano, concibiendo a la persona como un todo en el que operan interrelaciones entre factores físicos, emocionales, ideológicos y espirituales. El humanismo no divide, no separa aspectos de la persona, identificándolos como la causa de la enfermedad, del problema. El humanismo ve en el ser humano un ser completo y tiene en cuenta cada aspecto y su influencia en el todo.

El humanismo ve en el síntoma la manifestación externa de un problema o conflicto interno (potencialidades no desarrolladas). El humanismo no trata de eliminar dicho síntoma, como proponen otras teorías sociales, sino que trata de escucharlo, de entender su significado, de comprenderlo.

Considera que todas las personas necesitan apoyo a la hora de buscar o encontrar su equilibrio. La personalidad surge como una totalidad que se encuentra sujeta a un cambio permanente y continuo. Los seres humanos actúan de forma intencionada, no se limitan a comportarse, determinan lo que hacen, imprimiendo significado a sus decisiones y elecciones.

- Existencialismo. Afirma que lo que propiamente existe es el hombre, no las cosas, que tornan su ser en él o a través de él. El hombre no posee una esencia que le determine a ser o a comportarse de una determinada forma, sino que él mismo es su propio hacerse, su propio existir.

El existencialismo concibe al hombre como posibilidad abierta, libertad de hacerse esto y lo otro, le reconoce la capacidad de elección.

El hombre tiene la capacidad de poder elegir libremente y no debe eludir dicha responsabilidad. (Viscarret, 200, p. 321)

#### **4.5. Naturaleza de la intervención en el Modelo Humanista**

Utiliza una filosofía sobre la persona y las relaciones sociales que coinciden con las raíces del Trabajo Social. Consideran a las personas individualmente como un todo y en interacción con su entorno, el respeto hacia la comprensión e interpretación de sus experiencias vitales y la observación de los usuarios como el objetivo central del trabajo, entroncan con algunos de sus pilares fundamentales.

El Trabajo Social humanista centra su atención y apoya hacia una persona igual que él, reconociéndolo como ser pensante y ente racional, capaz de dirigir su vida y de darle un sentido a la misma. Además le reconoce su capacidad reflexiva y de análisis de las situaciones, con lo que el Trabajo Social humanista es sumamente respetuoso con los diagnósticos que la propia persona realiza respecto de su situación vital y/o de su problemática concreta. La intervención humanista no interpreta nada, no diagnostica nada, sino que favorece la reflexión de y con el otro. Esta actitud y capacidad reflexiva es condición “sine qua non” para poder construir un cambio, una transformación, que no sean impuestas.

Este modelo posee diferentes enfoques de intervención:

a). El enfoque centrado en el cliente (Carl Rogers): Que tras la biografía de su precursor, Carl Rogers, se procederá a desarrollar su contenido con mayor detenimiento.

b). El enfoque gestáltico. La terapia de la Gestalt es otro enfoque humanista de intervención que fue desarrollado por el psicoanalista alemán Fritz Perls (1951). Ideó un modelo de intervención nuevo basado en ejercicios específicos pensados para mejorar la consciencia de la persona sobre su estado físico, sus emociones y sus necesidades reprimidas. Se fija en el desarrollo integral del ser humano considerado como un todo. Es una terapia vivencial (experiencial).

c). Análisis transaccional y Trabajo Social. Desarrollado por Eric Berne, el análisis transaccional analiza la persona y su comportamiento a través de un análisis que se centra en los aspectos intrapersonales, los juegos psicológicos y el argumento de vida. Elabora una interpretación fenomenológica de la conducta de las personas y no tanto una interpretación psicoanalítica. Es por esto que el modelo se ubica dentro de los psicodinámicos, pese a tener una clara influencia humanista.

d). El enfoque existencialista. Krill desarrolla un modelo ecléctico de aplicación de las ideas humanistas y existenciales al Trabajo Social, con la publicación en 1978, de "Existential social work". (Viscarret, 2009, p. 324).

Este modelo toma ideas de Rogers, de la psicología de la Gestalt, del zen y de filosofías similares.

Ballesteros (2004) señala a Krill, y éste último considera que, utilizar la razón para refutar las ideas fijas a las que los clientes sociales se aferran para mantenerse en sus problemas les concede mayor libertad para investigar caminos existenciales alternativos.

Ballesteros (2004) considera que el trabajador social no realiza un diagnóstico, ni un pronóstico, ni una prescripción, sino que estimula al usuario para que éste busque nuevas opciones vitales (p. 28-56).

#### **4.6. Biografía de Carl R. Rogers**

Nace el 8 de Enero de 1902 en Oak Park, pueblo de Illinois en Estados Unidos. Sus padres pertenecían a una familia de emigrantes ingleses llegados a Estados Unidos.

La infancia de Rogers se desarrolló en un ambiente de clase media en el seno de una familia con profundas convicciones cristianas evangélicas de carácter practicante en un clima de religiosidad rigurosa. Sus padres, como menciona el propio Rogers (2014), aun sin ser autoritarios, mantenían una estricta ética protestante en el trabajo y una disciplina educativa constante con amor y ternura.

Carl era el cuarto de seis hermanos, era un adolescente más bien tímido y solitario, amante de la lectura y aficionado a los viajes. Cuando tenía doce años su padre compró una granja, en donde se trasladaron, por lo que el joven Rogers desarrolló mejores relaciones con sus hermanos pequeños y se interesó por la agricultura y la biología. (Barceló, 2012, p. 125).

Al principio Rogers se interesó por los estudios de agronomía ingresando en 1919 en la Universidad de Wisconsin. Participó en grupos de jóvenes cristianos universitarios, lo que influyó en la modificación de su vocación. Tras un viaje a China con el grupo de jóvenes con el motivo de la conferencia de la Federación Mundial de Estudiantes Cristianos en 1922, decidió matricularse en estudios teológicos para seguir su nueva vocación religiosa. (Barceló, 2012, p. 125).

En 1924 se casó con Hellen Elliot, y se trasladó a vivir a Nueva York donde Carl se matriculó en la Union Theological Seminary, que era el seminario más liberal del país. No quedó muy conforme con lo que vivió en aquel grupo, ya que, en palabras de

Rogers, “quería encontrar un ámbito en el cual pudiera tener la seguridad de que nada limitaría mi libertad de pensamiento” (Rogers, 2014, p. 19), y en 1927 abandona definitivamente los estudios teológicos y decide dedicarse exclusivamente a la psicología.

Inicia su vida profesional como psicólogo en 1928, en el Departamento de Estudios Infantiles de la Sociedad para la protección de la infancia contra la crueldad de Rochester, siendo designado, en 1931, director de este centro. Publicó su trabajo clínico “The clinical treatment of the problem child” en 1939, y durante estos años combinó su trabajo profesional con el de padre de familia, tuvo dos hijos, y como él mismo refiere no fue un padre ejemplar en los primeros años de infancia de sus hijos, aunque se fue haciendo más comprensivo con el paso de los años. (Barceló, 2012, p. 126).

En 1940 trabajó como profesor titular de la Universidad Estatal de Ohio. Investigó nuevos sistemas terapéuticos al margen de las corrientes conductistas y psicoanalíticas dominantes en aquellos tiempos. De esta manera, Rogers se convirtió en un centro de crítica a favor y en contra, lo que produjo desconcierto y perplejidad.

Recoge en un escrito sus aportaciones y lo titula “Counseling and psychotherapy: Newer Concepts in practice” exponiendo los principios del estilo no-directivo en las relaciones de ayuda en contraposición a las maneras directivas de ayuda personal. Sustituye el término “paciente” por el de cliente, en referencia a la voluntariedad de asistencia a la consulta terapéutica y a la decisión inicial de solicitar asistencia en el proceso terapéutico; plantea condiciones facilitadoras en la creación del clima de seguridad psicológica adecuado por parte del orientador o terapeutas y otorga todo el protagonismo de la dirección del proceso al cliente.

Utiliza el término “no-directivo y centrado en el cliente” para referirse a su sistema terapéutico e incluye, por primera vez, la publicación de una grabación del proceso terapéutico que, sin duda, constituyó una auténtica revolución en el método de investigación de este ámbito.



En 1945 se traslada a Chicago tratando a soldados provenientes de la Segunda Guerra Mundial combinándolo con su el trabajo docente en la universidad. Representa una de las épocas más productivas del maestro en lo referente a la investigación y desarrollo sistemático de sus aportaciones.

Rogers (2014) recoge aprendizajes personales en su proceso vital: se permite ser él mismo en la relación con las personas sin ocultarse tras un disfraz psicológico, lo que hace que se tolere mejor a sí mismo y ser más eficaz en sus propias relaciones y en la orientación psicológica. Hace referencia a que las relaciones no son estáticas, sino que tienden a ser cambiantes. Descubre el valor profundo de la comprensión real del otro y de la aceptación incondicional de la otra persona sin prejuicios ni evaluaciones. Aprende a confiar en su propia experiencia: “Sólo puedo intentar vivir de acuerdo con mi interpretación del sentido de mi experiencia, y tratar de conceder a otros el permiso y la libertad de desarrollar su propia libertad interna, y en consecuencia, su propia interpretación de su experiencia personal” (p. 35).

En 1964 Rogers abandona la universidad y se marcha a California donde organiza un centro de investigación, formación y práctica psicológica.

En los últimos diez años de su vida, realizó una importante tarea de difusión y aplicación de su enfoque en distintos lugares del mundo: Rusia, Brasil, México, Europa, Sudáfrica...

#### **4.7. El modelo terapéutico de Rogers: El Modelo Centrado en el Cliente**

##### **4.7.1. Desarrollo del Modelo Centrado en el Cliente**

En nombre que se utiliza para conocer el modelo terapéutico de Rogers es el de “terapia centrada en el cliente” (Rogers, 2010).

La temática central son las relaciones humanas. Fue pionero en dar a conocer lo que sucedía en las sesiones de psicoterapia, pues el hecho de no saber lo que ocurría en dichas sesiones dificultaba el desarrollo de aprendizajes necesarios para formar profesionales competentes para intervenir y ayudar a los individuos. Fue el primer terapeuta que grabó y publicó sus entrevistas. Creó un método que supone poder supervisar el desarrollo de las sesiones a favor de los clientes. (Gómez, 2008, p. 148).

Gómez (2008) recoge un texto de Farber, Brink y Raskin (2001), donde indica: “Carl Rogers fue un hombre valiente. En una época en la que sólo se sabía lo que sucedía en las sesiones a través de lo que relataba el propio Profesional, él rompió con el tabú del secreto, permitiéndose filmar y publicar sus entrevistas transcritas literalmente. De este modo no sólo introdujo uno de los métodos más valiosos para la enseñanza, sino que se puso a sí mismo bajo el microscopio para ser analizado por amigos y enemigos” (p. 10).

“Rogers asume la idea de que los clientes poseen los recursos necesarios para el cambio, para lograr su sanación y adopta una postura no directiva, poco rígida y nada interpretativa, centrada en el cliente, con objeto de promover el crecimiento de la persona, y esto es lo que le llevaba a confiar plenamente en el cliente a la hora de decidir el rumbo que pudiera tomar la terapia. El énfasis en la terapia está en el presente más que en el pasado, en los sentimientos más que en los pensamientos, en los recursos del cliente más que en los recursos y conocimientos del terapeuta” (Gómez, 2008, p. 149).

“El núcleo de la terapia de Rogers es la confianza en el individuo y su capacidad para comprender y remediar sus problemas. El proceso natural de cambio es facilitado si el terapeuta crea un clima de seguridad para la autoexploración de sus clientes, de forma que cuando el terapeuta es percibido como auténtico, preocupado por el cliente y comprensivo es posible que ocurran cambios significativos y duraderos en el cliente”. (Gómez, 2008, p. 149).

“La terapia de Rogers es un método de intervención basado únicamente en la escucha comprensiva o activa. (...) Para poder escuchar al otro tenemos que acercarnos a él libres de esquemas previos. La escucha activa nos aproxima a la aceptación del otro, y así se anima a hablar y así consigue desahogarse, libearse de su angustia. La relación de ayuda que se establece sobre la base de la escucha activa está directamente relacionada con lo que supone empatizar, que es ponerse en el lugar del otro” (Gómez, 2008, p. 149).

Este modelo considera que el organismo humano es susceptible de autorregulación y de autodirección en sentido positivo si se facilitan las condiciones que favorezcan el despliegue de esta tendencia actualizante. Esta tendencia al crecimiento tiene que ver con el desarrollo biológico y con la capacidad de adaptación en la satisfacción de las propias necesidades.

Pudiera ser que esta tendencia al crecimiento y a la actualización, tuviera que ver con una tendencia direccional formativa que opera en todo el universo.

Barceló (2012) indica que fue Abraham H. Maslow, impulsor de la denominada “tercera vía” en psicología, quién de manera más sistemática describió el funcionamiento de la tendencia a la autorrealización en el ser humano y aportó una investigación exhaustiva con relación a los presupuestos básicos de una psicología del desarrollo y de la autorrealización. (p. 129).

Escribe Maslow (1983), con un inaudito carácter optimista: “Puesto que esta naturaleza interna es buena o neutral y no mala, es mucho más conveniente sacarla a la luz y cultivarla que intentar ahogarla. Si se le permite que actúe como principio rector de nuestra vida; nos desarrollaremos saludable, provechosa y felizmente...” (p. 30).

Aunque el postulado de la tendencia actualizante no es original, lo genuino del Enfoque Centrado en la Persona es que hace de esta idea consistente su hipótesis

central y se preocupa en establecer las condiciones necesarias y suficientes para promover su despliegue en las personas. (Barceló, 2012, p. 130).

El mismo Carl R. Rogers (1987) resume su tesis principal: “La hipótesis central de este enfoque puede ser fácilmente resumida. Los individuos tienen dentro de sí vastos recursos de autocomprensión y para la alteración de conceptos propios, actitudes básicas y conducta autodirigida. Estos recursos son susceptibles de ser alcanzados, si se logra crear un clima definible de actitudes psicológicas facilitativas” (p. 61).

La primera condición actitudinal tiene que ver con la autenticidad, la sinceridad y la congruencia. Cuando el facilitador se muestra a sí mismo en la relación, sin esconderse, existe una mayor posibilidad de que la persona facilitada crezca de manera constructiva y se muestre así misma más auténticamente.

La segunda condición actitudinal la constituye la aceptación, el aprecio o la consideración positiva incondicional. Cuando el facilitador consigue sentir una actitud positiva y de aceptación hacia la persona facilitada es más probable el crecimiento y el cambio.

La tercera condición facilitadora de la relación es la comprensión empática. Actitud de escucha profunda y activa para recoger con exactitud los significados personales que experimenta, en el momento, la persona ayudada y comunicar esta comprensión. Cuando una persona se siente escuchada empáticamente llega a comprender con más precisión el fluir de sus propias experiencias.

Estas condiciones son válidas en cualquier tipo de relación significativa y de ayuda (Barceló, 2012, p. 131).

La práctica, la teoría y la investigación establecen que el Enfoque Centrado en la Persona se fundamenta en la confianza básica en el organismo. En cada organismo, existe un movimiento subyacente hacia el cumplimiento positivo de sus posibilidades inherentes.

Esta tendencia actualizante es una tendencia constructiva. Conocemos las condiciones necesarias y suficientes para el despliegue de esta tendencia. Estas condiciones son actitudinales y se pueden aplicar a cualquier tipo de relación significativa y de facilitación.

Rogers (2014) señala:

“Si puedo crear una relación que, de mi parte, se caracterice por: una autenticidad y transparencia y en la cual pueda yo vivir mis verdaderos sentimientos; una cálida aceptación y valoración de la otra persona como individuo diferente, y una sensible capacidad de ver a mi cliente y su mundo tal como él lo ve. Entonces, el otro individuo:

- experimentará y comprenderá aspectos de sí mismo anteriormente reprimidos;
- logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia;
- se parecerá cada vez más a la persona que querría ser;
- se volverá más personal, más original y expresivo;
- será más emprendedor y se tendrá más confianza;
- se tornará más comprensivo y podrá aceptar mejor a los demás, y
- podrá enfrentar los problemas de la vida de una manera más fácil y adecuada”  
(p. 49).

El profesor Gómez (2008) escribe que “La relación de ayuda facilita en el otro el cambio, en la medida en que descubre que alguien puede escucharle, también puede escucharse él mismo y darse cuenta de la capacidad que tiene para atender sus sentimientos” (p. 150).

Y continúa diciendo: “En la medida en que el cliente aprende a escucharse también comienza a aceptarse, a ser más amable y tolerante con él mismo y a permitir en él y en los demás los sentimientos como algo genuino y beneficioso para su salud.”

Importante el aspecto que recoge Gómez (2008) de Rogers: “El proceso de intervención ayuda al otro a dejar de utilizar sus máscaras, a alejarse de un sí mismo que no es, dejando de sentir “los debería” para sentirse un ser único digno de amar y ser amado. Cuando el individuo deja de intentar satisfacer las expectativas que le son impuestas y comienza a ser como quiere, su vida adquiere un sentido, se agrada a sí mismo y pierde el interés por agradar a los demás, comienza con ello a auto-orientarse, a ser un proceso, a ser toda la complejidad de su sí mismo y a abrirse a la experiencia para aceptar a los demás confiando en sí mismo”.

“El fenómeno de la aceptación es mutuo, pues la relajación que le lleva al otro a permitir y aceptar la calidez del afecto que la otra persona siente por él reducen las tensiones y los miedos con que encara la vida”. “El modelo de Rogers mide su éxito en torno a la disminución de las actitudes negativas hacia el sí mismo y el aumento de las actitudes positivas, lo que supone la autoaceptación de uno mismo”. (Gómez, 2008, p. 152).

Gómez (2008) confirma que para Rogers lo importante es la aceptación positiva e incondicional, la comprensión empática exacta y la autenticidad para poder establecer una relación de ayuda que sirva al alumno para su propia maduración y autodesarrollo.

Rogers defiende como dirección básica del hombre, la autorrealización, idea que también está presente en autores como Goldstein, Angyal y Maslow.

Gómez (2008) afirma que la filosofía de Rogers se concreta en una teoría de la personalidad, estructurada en torno a dos sistemas: el organismo y el concepto del sí mismo. El primero suministra la fuerza propulsora, mientras que el segundo es el sistema regulador que controla la percepción y conducta del organismo.

Como señala el propio Rogers (2014): “El organismo humano es una totalidad organizada, activa e intencional que reacciona frente al mundo de un modo global y estas reacciones viene determinadas no por la situación en sí, sino por la percepción

de la misma. El organismo posee un impulso básico, llamado tendencia actualizante, definido como tendencia interna del organismo al desarrollar todas sus capacidades de modo que sirvan para mantener o expandir al organismo. Implica no sólo la tendencia a satisfacer lo que Maslow llama “necesidades de déficit”, tales como la necesidad de aire, alimento, agua, etc..., sino también actividades más generales.”

Rogers, a través de sus principales publicaciones, como fueron “Psicoterapia centrada en el cliente” (1969), “El proceso de convertirse en persona” (1961) y “Orientación psicológica y psicoterapia” (1978), realiza una serie de planteamientos dirigidos a aclarar su posición frente al proceso de intervención y frente a la personalidad y la naturaleza humana. Rogers (1978, 2014) plantea: “La persona tiene capacidad suficiente como para manejar de forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia” (Vicarret, 2009, p. 322).

Rogers indica que todo ser humano posee una tendencia innata al desarrollo progresivo y a la superación constante, siempre que se encuentren presentes las condiciones adecuadas y necesarias para ello. (Rogers y Kinget, 1971).

El autor Di Caprio (1976) recoge que Rogers considera que el hombre es un ser positivo por naturaleza y debido a ello requiere respeto total, en especial a lo que se refiere “a respetar sus aspiraciones de superación” (p. 154).

Desde este enfoque, iniciado por Carl R. Rogers, podemos aprender que, a pesar de las incontrolables dificultades que entraña el ejercicio de la psicoterapia, es posible y gratificante participar en una experiencia relacional que promueva el crecimiento personal, genere unas relaciones interpersonales más auténticas y satisfactorias, e impulse eficazmente una tarea más creativa. (Barceló, 2012, p. 124).

En su obra “Counseling and psychotherapy: New concepts in practice” expone los principios del estilo no-directivo en las relaciones de ayuda en contraposición a las maneras directivas de ayuda personal. Sustituye el término “paciente” por el de

cliente, en referencia a la voluntariedad de asistencia a la consulta terapéutica y a la decisión inicial de solicitar asistencia en el proceso terapéutico; plantea condiciones facilitadoras en la creación del clima de seguridad psicológica adecuado por parte del orientador o terapeuta y otorga todo el protagonismo de la dirección del proceso al cliente. Utiliza el término “no-directivo y centrado en el cliente”.

Carl Rogers (2014) destaca algunos aprendizajes personales e internos en su proceso vital y apunta su vivencia de que las relaciones no permanecen estáticas, sino que tienden a ser cambiantes. Descubre el valor profundo de la comprensión real del otro y de la aceptación incondicional de la otra persona sin prejuicios ni evaluaciones. Aprende, a confiar en su propia experiencia: Solo puedo intentar vivir de acuerdo con mi interpretación del sentido de mi experiencia, y tratar de conceder a otros el permiso y la libertad de desarrollar su propia libertad interna, y en consecuencia, su propia interpretación de su experiencia personal. (p. 35).

Viscarret (2009) recoge que Rogers recomienda que el profesional se sitúe en el punto de vista del cliente, a su misma altura. Rogers no habla de pacientes, sino de clientes. Para Rogers, “cliente” es un término especial que se usa porque enfatiza la participación activa, voluntaria y responsable de la persona, plantea la igualdad entre el profesional y el individuo que busca ayuda, con lo que se evita las implicaciones de que éste sea enfermo o de que se esté experimentando con él. (p. 166).

Gómez (2008) recoge de Rogers que las actitudes fundamentales son las siguientes:

- 1.- Congruencia o autenticidad: El entrevistador en la entrevista es lo que es, manifiesta sus sentimientos y actitudes en su relación con el otro.
- 2.- Aceptación incondicional: El profesional experimenta un sentimiento positivo sin reservas ni evaluaciones hacia el cliente, dejándole que éste sea él con sus sentimientos: temor, confusión, dolor, orgullo, enojo, odio, amor, coraje, pánico, etc...



3.- Comprensión empática: el profesional comprende los sentimientos y significados personales del cliente y le comunica dicha comprensión sin analizarlo ni juzgarlo, ello crea un clima que facilita el desarrollo y la maduración. (p. 248).

“La intervención no se centrará tanto en actuar sobre la persona, sobre el ser humano en dificultad, sino más bien, como señalan Rogers y Kinget (1971), se tratará de “acompañarlo” en la experiencia, dándole seguridad para poder crecer, para poder desarrollarse, y generando las condiciones más adecuadas para que se dé todo ello”

#### **4.7.2. Relación del Trabajador Social con la persona que necesita apoyo en el Modelo Centrado en el Cliente**

Viscarret (2007) recoge de Claudio Naranjo (1991) que la intervención centrada en el cliente no está integrada básicamente por técnicas, sino, esencialmente, por las actitudes del terapeuta o profesional. El terapeuta, según este modelo, debe establecer una relación personal con el cliente, y en dicha relación debe comportarse como una persona frente a otra, de igual a igual, en una relación horizontal y no como un profesional científico de rol superior. (p. 167).

Este enfoque plantea que el terapeuta debe ayudar al cliente a clarificar las emociones, que sea un facilitador en el proceso de hacerlas conscientes y por ello manejables y no patológicas. El profesional procurará que sea el propio cliente el que dirija el proceso. En este caso las intervenciones del profesional se plantearán en términos de posibles cursos de acción o posibilidades y en ningún caso harán referencia a opiniones, juicios de valor, interpretaciones o afirmaciones.

El planteamiento del modelo recoge la comprensión, la tolerancia, el respeto, la ausencia de presión sobre el cliente, que son elementos característicos que definen la relación entre profesional y cliente. Se trata de crear una relación y un espacio en el que el cliente pueda ser él mismo, que pueda tener la sensación de hacer frente a su problema, pudiendo evaluar sus impulsos, sus acciones, sus conflictos, sus elecciones,

sus hábitos y sus problemas sin tener que defenderse y sin caer en la dependencia. (Viscarret, 2007, p. 168).

Vásquez (2002) considera que el cliente empieza a sentirse aceptado y libre, puesto que, diga lo que diga, haga lo que haga, sólo recibe como eco empatía y calidez, en lugar de consejos, diagnósticos o interpretaciones. Se da cuenta paulatinamente que no es tan malo, tan raro o diferente como creía y empieza a permitir que su capacidad de crecer se vaya abriendo paso.

El autor Viscarret (2009) recoge que Rogers señala que el terapeuta debe de estar implicado de manera sensible con las experiencias del cliente y ser capaz de comunicar efectivamente que se han comprendido sus experiencias, aunque también indicó que el terapeuta debe permanecer lo suficientemente desvinculado del impacto emocional que produce esta empatía con el fin de conservar clara su perspectiva. (p. 168).

El trabajador social desde la perspectiva humanista/existencial es un mero observador, una especie de espejo, que respeta la experiencia auténtica del paciente, y se espera que, a través de la transmisión del “darse cuenta” y a través del diálogo, el paciente incremente su darse cuenta, pudiendo crecer y ser más autónomo.

El trabajador social ha de establecer una relación profundamente personal con su usuario y comportarse como una persona frente a otra y no como un profesional científico de rol superior. Debe ayudar a clarificar las emociones del usuario, ser un facilitador en el proceso de hacerlas conscientes, manejables y no patológicas.

Debe también facilitar la implicación mutua en los objetivos y tareas de la terapia. Es necesaria la madurez emocional del trabajador social, la cual le ayuda a participar en la tarea de cambio de la otra persona, sin tener la tentación de modelar dicho cambio según su imagen. Esta madurez implica no ser juez o modelo del usuario, sino amplificador o resonador de los esfuerzos que el usuario hace por crecer, por desarrollarse.

#### **4.7.3. Las fases de intervención en el Modelo Centrado en el Cliente**

No existe una distinción entre procesos y resultados de la intervención, dice Rogers (Rogers y Kinget, 1971): “no existe una distinción precisa entre el proceso y los resultados de la terapia. Las características del proceso corresponden, de hecho, a elementos diferenciados de los resultados”. Divide el proceso terapéutico en siete etapas, que no llevan una sucesión ordenada, sino que son etapas del proceso de creación de artificial, pero necesaria para determinar el momento del proceso pero anda más. Las etapas representan puntos intermedios del proceso que, por otra parte, es concebido como un proceso continuo.

El proceso terapéutico de Rogers se concretan en las siete etapas siguientes:

- a) Primera etapa: Se trata de la consecución de la armonía y de la empatía.
- b) Segunda etapa: Se pretende establecer el vínculo terapéutico, comunicar empatía en una relación auténtica de aprecio. Se inicia sólo cuando el sujeto puede vivir la experiencia de ser plenamente recibido.
- c) Tercera etapa: Es la etapa de colaboración en las tareas. Facilitar la implicación mutua en los objetivos y en las tareas de la terapia. A medida que el cliente se siente plenamente recibido y no bloquea sus expresiones, sigue dando rienda suelta a una expresión simbólica cada vez menos rígida y más suelta.
- d) Cuarta etapa: Se encuentra referida al procesamiento vivencial. En ella el cliente se siente comprendido, aceptado con agrado y recibido tal y como es en los diferentes aspectos de su experiencia.
- e) Quinta etapa: Se centra en fomentar el crecimiento y la autodeterminación del cliente. Si en la etapa anterior el cliente ha llegado a sentirse recibido en sus expresiones, conductas y experiencias, determina un aumento de la flexibilidad, de la libertad y del flujo.
- f) Sexta etapa: Se refiere a la conclusión de la tarea. Si el cliente sigue sintiéndose plenamente recibido en la relación terapéutica, cambia el modo de

experimentar el sentimiento hasta entonces negado. La persona experimenta de modo pleno e inmediato hasta entonces vivenciado como remoto.

- g) Séptima etapa: Final del proceso terapéutico. En esta etapa el cliente puede ingresar en ella sin gran necesidad de ayuda por parte del profesional. (Gondra, 1981).

Este autor continúa escribiendo: “Cuando el individuo ha alcanzado la séptima etapa de su proceso de cambio, ingresa en una nueva dimensión. El cliente ha incorporado la cualidad de movimiento, fluidez y cambio a cada aspecto de su vida psicológica. Vivirá conscientemente sus sentimientos, los aceptará y confiará en ellos. En definitiva, se habrá logrado el objetivo del proceso: *conseguir una persona óptima*” (Gondra, 1981).

#### **4.7.4. Técnicas utilizadas en el Modelo Centrado en el Cliente**

Rogers y Kinget (1971) señalan que el principal utensilio del terapeuta es su personalidad. Lo que debe pretender aplicar el terapeuta son sus actitudes y concepciones fundamentales relativas al ser humano y no la aplicación de conocimientos o habilidades especiales.

Como indica Pomar (2008), “el uso de las técnicas sin más, puede generar por sí solas, una falta de sinceridad en el terapeuta ya que no participaría el profesional como persona sino tan sólo manejando técnicas aprendidas de forma mecánica; señala la necesidad de que el terapeuta mantenga una actitud de aceptación respecto del cliente, basándose en considerar que su cliente es básicamente responsable de sí mismo y tiene un impulso de ser aceptado, madurar, adaptado socialmente, independiente, productivo: principios de individualización y autodeterminación ya señalados por el padre Biestek. (p. 215)

Gondra (1981) señala que el modelo de intervención centrado en el cliente propone unas técnicas que se reducen a la simple aceptación de las afirmaciones del cliente, al reflejo del sentimiento oculto en sus expresiones y a la clarificación o interpretación del sentido de las mismas. A continuación se destacan algunas:

a). La definición verbal y la definición mediante su conducta: El profesional explica al cliente la naturaleza de la relación con sus palabras y con su modo de proceder en todos los detalles, aclarando al cliente que no dará propuestas concretas para solucionar el problema sino que la situación del consejo es la que brindará al cliente la oportunidad de elaborar, ayudado por el terapeuta, sus propias soluciones a los problemas.

b). La utilización de la actitud inicial amistosa.

c).- La utilización de técnicas catárticas. Consejos como que el terapeuta se abstenga, de forma consciente, de dirigir la entrevista, dejándose por el contrario guiar por el cliente y seguir con atención la expresión de sus sentimientos.

d). Técnicas referidas a conseguir el “insight” en el cliente. Rogers exige del terapeuta la máxima precaución una vez que el cliente ha dado rienda suelta a la expresión de sus sentimientos, y recomienda técnicas negativas como son evitar preguntas directas al cliente, evitar respuestas evaluativas, evitar consejos autoritarios y sugerencias, evitar interpretaciones.

e). La técnica de la clarificación verbal. Aclarar, esclarecer o elucidar el sentido de las expresiones del cliente, y para ello el terapeuta expone con brevedad y de modo muy claro las actitudes que subyacen detrás de lo expresado por el cliente o indica ciertas pautas de reacción evidentes en el material expresado por éste.

f). El reflejo del sentimiento. Hacer de espejo reflejando al cliente los sentimientos que ha estado expresando, con frecuencia de modo mucho más charolo que él había sido capaz por sí mismo. (p. 55-58)

El profesor Pomar (2008) en su tesis doctoral menciona que “las características generales con respecto a las técnicas no directivas son: 1) Abstenerse de cualquier

intervención en el campo de la experiencia del cliente (...) y 2) Abstenerse de dirigir el proceso de información del cliente acerca de sí mismo (...) El modelo no supone,... una ausencia total de intervención o dirección del terapeuta sino que busca ante todo el desahogo emocional del cliente, alentar y promover el insight, clarificar las acciones del cliente y responder a los sentimientos de éste. Consiste pues, no tanto en no dirigir sino en no imponer y dejar el proceso concreto en manos de cada cliente dada su individualidad y diferencia” (p. 210).

#### **4.7.5. Cualidades y funciones del terapeuta en el Modelo Centrado en el Cliente**

Rogers y Kinget (1971) indican que el modelo de intervención rogeriano pone especial énfasis en la capacidad del profesional que vaya a intervenir. Es necesario tener ciertas **cualidades** y habilidades, como son:

a). La capacidad empática: Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de verlo como él lo ve y lo entiende. El profesional debe de poseer esta característica de sensibilidad integrada en su personalidad a la hora de intervenir bajo este modelo, y para ello, si no dispone de esta sensibilidad, deberá de trabajarla hasta conseguirla, ya que no es algo que se pueda adoptar u obtener a voluntad dependiendo del momento.

b). Empatía, simpatía e intuición en el diagnóstico: Son conceptos diferentes. Empatía y simpatía son sentimientos que se aparecen en tanto en cuanto que ambos representan una resonancia de los sentimientos de los demás. La simpatía se refiere a las emociones, a la capacidad de vivenciar la experiencia del otro; sin embargo, la empatía es no solo la aprehensión de aspectos emocionales, sino también de aspectos cognoscitivos de la experiencia de los demás. Destacar, que otra diferencia, es que en la simpatía, el profesional intenta aprehender las emociones del cliente pero lo hace a través de la propia experiencia, es decir, evocando sus propias emociones. Por su parte, la intuición se encuentra referida a la capacidad de descubrir, analizar y formular las tendencias y las necesidades inconscientes de los demás. Se trata de la observación e interpretación de las manifestaciones de la experiencia del cliente, más que de la propia participación en dicha experiencia.

c). Autenticidad o acuerdo interno: El profesional tiene que mostrar autenticidad, ya que es el ser auténtico, no sólo sincero, garantiza al cliente que el profesional va a mantener siempre la misma conducta con él.

d). Concepción positiva y liberal del hombre y de las relaciones humanas: Son características de la personalidad del terapeuta que se expresan tanto en la intervención como en el propio estilo de vida. Kinget indica que, “dicho de otro modo, el entusiasmo por unas concepciones liberales y humanistas o la adhesión nominal a unos ideales de este tipo no es suficiente”, sino que deben verse reflejados en el estilo de vida del profesional.

e). Madurez emocional: Es importante por el hecho de que ayuda, ya que el profesional que tiene un equilibrio emotivo-racional propio permite participar en la tarea de cambio de la otra persona, sin tener la tentación de modelar dicho cambio de la otra persona. Esta madurez ayuda al profesional a tener una actitud “aséptica” en el establecimiento y mantenimiento del vínculo afectivo, permitiéndose distanciarse en la implicación, siendo auténtico.

f). Comprensión de sí mismo: Rogers propone que el profesional debe conocer bien su personalidad. La personalidad es el prisma a través del que éste (y todos) percibe la realidad; por ello el profesional debe conocerse bien si quiere ser capaz de hacer una representación realista de las cosas que le cuenta el cliente. (p. 121).

En cuanto las **funciones** del terapeuta, indicar siguiendo a Viscarret (2007), que una de las funciones relevantes que aporta el modelo es ayudar a clarificar y a objetivar los sentimientos del cliente. (p. 176).

Según va profundizando el cliente en su proceso, la función del terapeuta se concreta en la ayuda para que el cliente reconozca y clarifique las emociones que experimenta.

Otra función importante, es la de reestructurar el yo y el funcionamiento integral del cliente. El cliente ve en el profesional un yo genuino, auténtico, que le permite verse a sí mismo objetivamente y prepara el camino para aceptar en el yo todos los elementos que antes estaban confrontados.

Con la calidez emocional de la relación con el terapeuta, el cliente puede experimentar sentimientos de seguridad, que le permiten explorar y dar significado a su comportamiento.

De esta forma, finaliza el autor diciendo que, el cliente se va reorganizando en él un yo que es conocido ya aceptado por el profesional, lo que genera que el cliente, al sentirse aceptado, también se acepte a sí mismo y a sus aspectos positivos y negativos sin poseer sentimientos de culpa. (Viscarret, 2007, p. 176).

Los principios de acción de este modelo, por tanto, pasan por el apoyo a las personas para que éstas incrementen el número de posibilidades y de opciones disponibles en sus vidas.

El profesional del Trabajo Social reconoce a las personas como agentes activos que juegan un papel central en la determinación del curso de sus vidas.

El usuario, es el principal protagonista de todo el proceso. El usuario es libre, es autónomo, y siempre la solución del problema.

La capacidad de hacer elecciones y la disponibilidad de una determinada serie de elecciones son factores determinantes a tener en consideración por parte del Trabajo Social.

La evaluación y la consiguiente intervención deben tener en cuenta tanto la dimensión objetiva como la dimensión subjetiva: en cuanto a la dimensión subjetiva, se trata de conocer cómo es experimentada, vivenciada, la situación en la que se encuentra el sujeto o los sujetos implicados y cuál es la trascendencia, la importancia que tiene para



el/ellos; y en cuanto a la dimensión objetiva, se refiere al conocimiento de los factores que han llevado a la situación actual. (Viscarret, 2009, p. 326)

En cuanto al proceso terapéutico, el Profesor Pomar (2008) indica en su tesis doctoral que “lo básico es la forma de establecer la relación terapéutica que partiría, de un interés mostrado de forma cálida por el profesional y de una confianza básica, hacia él por parte del cliente, lo que constituye el rapport. A ello seguirá: un desahogo emocional por parte del sujeto atendido...” (p. 211).

#### **4.8. Breve biografía de Robert Carkhuff**

Robert R. Carkhuff nació en Elizabeth, New Jersey, Estados Unidos, el 14 de Junio de 1934. Vivió su juventud en un ambiente familiar muy afectivo y esto dejó huella en su personalidad. (Marroquín, 1991, p. 17).

Los pasos más significativos de su carrera se expresan del siguiente modo, siguiendo a Marroquín (1991, p. 18):

Años

1952-1956: B.A. en Ciencias Políticas por la Universidad de Rutgers (EE.UU).

1956-1959: Primer teniente en el Ejército de la Armada de Estados Unidos.

1959-1961: Doctorado en Psicología por la Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo. Contrajo matrimonio con su esposa Bernice, que ha colaborado activamente en su trabajo científico.

1963-1964: Investigación Post-Doctoral en el U.S. Public Health Service de la Universidad de Wisconsin.

1964-1966: Director del Graduate Training in Counseling Psychology y Profesor Ayudante de Psicología en la Universidad de Massachusetts.

1966-1968: Director del Graduate Training in Counseling Psychology, Director Asociado del Vocational Counseling Center y Profesor Asociado de Psicología en la Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo.

1968-1972: Director del Centro de Desarrollo de Recursos Humanos y de Relaciones Comunitarias en el American International College de Springfield, Mass.

1972-1985: Decado del Carkhuff Institute of Human Technology. Presidente de Carkhuff Associates, Human Systems Planners. Scholar-in-Residence, National Foundation for the Improvement of Education, Washington D.C.

1985-1990: Decano de Carkhuff Systems Inc.

En la etapa del trabajo post doctoral de Carkhuff en Wisconsin, colaboró con psicoterapeutas como C. B. Truax, Carl Rogers, C. A. Whitaker, etc., con varios de los cuales colaboró en el famoso Wisconsin Project de Psicoterapia con Esquizofrénicos. (Marroquín, 1991, p. 18).

Marroquín (1991) destaca que Carkhuff fue siempre un hombre de equipo y sus obras y muchos de sus artículos han sido publicados en colaboración (Bernard Berenson, David Aspy, Ted Friel, Daniel Kratochvil, George Bangs, John Cannon, Sally Berenson, William Anthony, etc...) (p. 19).

#### **4.9. El modelo de ayuda de Robert Carkhuff**

Marroquín (1991) recoge en su obra, que Carkhuff presenta su modelo de ayuda en 1969 cuando se basa en las investigaciones y en la evidencia que indicaba la insuficiencia del modelo unidimensional de Rogers. El modelo Carkhuff contiene tres dimensiones (asesor, asesorado y variables ambientales), siete variables o

características (empatía, respeto, genuinidad, concreción, confrontación, inmediatez y auto-manifestación del Asesor) y cinco niveles de funcionamiento en cada una de dichas variables (p. 93).

La primera dimensión es la del funcionamiento del asesor, como persona auténtica y comprometida en la Relación de Ayuda para el crecimiento personal del cliente.

A continuación se detallan las siete variables que conforman el modelo:

### La Empatía

Marroquín (1991) indica que Carkhuff considera **la empatía** como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona, en este caso el cliente, y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta. Con un nivel alto de esta variable el asesor expresa clara y explícitamente los sentimientos que el asesorado siente de una manera difusa y ambigua; mientras que con un nivel bajo, el asesor comprende muy poco o prescinde de lo que el asesorado ha comunicado. (p. 94)

Este autor (1991) señala que “la efectividad de la empatía como condición terapéutica no depende de su “tecnificación”, utilizada muchas veces en los primeros estudios de la relación terapéutica, sino de la profundidad y autenticidad de la comprensión, muchas veces expresada a través de otras variables como pueden ser la inmediatez y la confrontación, etc...” (p. 95).

Carkhuff presenta su Escala de Comprensión Empática (Empathic Understanding in Interpersonal Processes Scale) basada en la anteriormente elaborada por Truax. Esta escala consta de cinco apartados para conocer el nivel de comprensión empática, que el asesor utiliza en su comunicación con el asesorado en la Relación de Ayuda. Los niveles se presentan así (Marroquín, 1991, p. 95):

Nivel 1: Las respuestas verbales o conducta del asesor distraen significativamente de las expresiones y acciones del cliente y comunican significativamente menos de lo que por él expresado.

Nivel 2: Las respuestas del asesor, aunque responden en alguna manera a los sentimientos del asesorado, substraen algo notable de lo por él expresado.

Nivel 3: Las respuestas del asesor son esencialmente intercambiables con las del asesorado, en cuanto que ellas expresan esencialmente los mismos sentimientos y significado.

Nivel 4: Las respuestas del asesor añaden notablemente un significado y sentimiento más profundos, de manera que ayudan al asesorado a experimentar y/o expresar sentimientos, que fue incapaz de compartir anteriormente.

Nivel 5: Las respuestas del asesor añaden significativamente algo a los sentimientos y significados del asesorado, de modo que expresen con exactitud sentimientos varios, niveles más profundos que los que el asesorado fue capaz de expresar.

### El Respeto

El respeto o consideración positiva supone el aprecio de la dignidad y valor del asesorado y el reconocimiento de su dignidad como persona. Marroquín señala que en las Relaciones de Ayuda, el respeto no se comunica mediante palabras: “Yo te respeto”, “respeto tu dignidad de ser humano”, sino a través de acciones y especialmente a través de cómo el asesor se orienta y trabaja con el asesorado. (Marroquín, 1991, p. 96).

Marroquín (1991) recoge de Carkhuff el diseño de su Escala de Respeto en los Procesos Interpersonales (Respect in Interpersonal Processes Scale) basándose en la elaborada por Truax, como ya se indicó anteriormente. La evaluación se realiza a través de los siguientes niveles (p. 98):

Nivel 1: Las expresiones del asesor comunican al asesorado que no merece la pena considerar sus sentimientos y que no es capaz de actuar de una manera positiva.

Nivel 2: Las expresiones del asesor son de tal manera que comunican poco respeto hacia los sentimientos, experiencias y potencialidades.

Nivel 3: El asesor comunica consideración hacia la posición del asesorado e interés hacia sus sentimientos, experiencias y potencialidades.

Nivel 4: El asesor comunica claramente un profundo respeto y preocupación por los sentimientos y potencialidades del asesorado.

Nivel 5: El asesor comunica el más profundo respeto hacia la dignidad del asesorado como persona y hacia su potencial como individuo libre. Le ayuda a actuar de la manera más contractiva y a realizarse más plenamente.

#### La Genuinidad

Es la capacidad por parte del asesor de ser libre y profundamente él mismo. Se excluirá la dicotomía entre lo que el asesor siente y lo que manifiesta, entre su manera de ser habitual y su “actuación” en la Relación de Ayuda (Marroquín, 1991, p. 98).

La escala establecida por Carkhuff sobre la Genuidad Facilitadora (Facilitative Genuineness in Interpersonal Processes Scale), se basa en la elaborada por Truax y como en las anteriores consta de cinco niveles (Marroquín, 1991, p. 100):

Nivel 1: Las palabras del asesor claramente no tienen relación alguna con sus sentimientos del momento y sus únicas respuestas genuinas son las negativas, de manera que es auténtico solamente cuando es negativo y destructivo.

Nivel 2: Las palabras tienen sólo una ligera relación con lo que siente en el momento. Cuando expresa sus respuestas genuinas, éstas son negativas y no se presentan como medio de ahondar constructivamente en la relación.

Nivel 3: el asesor no presenta indicios “negativos” de discrepancia entre lo que dice y lo que siente, pero tampoco los presenta “positivos” de congruencia. Parece sincero, pero no comprometido.

Nivel 4: El asesor responde expresando muchos de sus sentimientos y realmente dice lo que siente, positivo o negativo. Al hacerlo sus respuestas pretenden una investigación más profunda de la relación.

Nivel 5: El asesor aparece como espontáneo y profundamente natural. Utiliza las respuestas defensivas del asesorado para explorar nuevos aspectos de la relación mutua.

#### La Concreción

Siguiendo con Marroquín, supone la expresión específica en lo que se refiere a los sentimientos del asesorado. El asesor dotado de esta cualidad centra la comunicación de asesorado sin permitirle ocultarse tras racionalizaciones más o menos teóricas y abstractas.

“La concreción ha sido una variable hacia la que el aprecio de Carkhuff ha ido creciendo en forma progresiva. Su importancia había sido reconocida desde hacía tiempo, pero al no ser mencionada en las investigaciones posteriores, más centradas en la tríada rogeriana, tuvo que ser redescubierta por Truax y Carkhuff, que la situaron en su verdadero marco” (Marroquín, 1991, p. 101).

Los cinco niveles de la Escala de Especificidad de Expresión (Concreteness on Specificity of Expression in Interpersonal Processes Scale) de Carkhuff son:

Nivel 1: El asesor fomenta o permite discusiones con el asesorado sobre generalizaciones anónimas y abstractas, sin realizar ningún esfuerzo para dirigir la conversación hacia algo específico y concreto.

Nivel 2: El asesor permite o fomenta que se traten los asuntos personales con vaguedad y de una manera abstracta.

Nivel 3: El asesor está abierto y a veces facilita la discusión con el asesorado de sus asuntos personales, relevantes para él, en términos concretos y específicos.

Nivel 4: El asesor ayuda frecuentemente al asesorado a expresarse totalmente en términos concretos y específicos sobre casi todas las áreas que le preocupan.

Nivel 5: El asesor ayuda siempre al asesorado a discutir directa, fluida y totalmente los sentimientos y experiencias específicos de importancia para él. (Marroquín, 1991: 102).

#### La Confrontación

Carkhuff considera varias características para que la confrontación sea un auténtico instrumento terapéutico:

- 1.- La confrontación terapéutica debe suponer un compromiso auténtico y primario con el crecimiento de la persona.
- 2.- La confrontación no tiene sentido sino en el marco de una intensa y profunda comprensión de la persona confrontada.
- 3.- La confrontación hay que considerarla como condición “nunca realmente necesaria y suficiente”, pero que puede ser utilizada en determinadas ocasiones. (Marroquín, 1991, p. 102).

La correspondiente Escala de Confrontación (Confrontación in Interpersonal Processes Scale) de Carkhuff es:

Nivel 1: El asesor hace caso omiso de todas las discrepancias del asesorado y las acepta pasivamente.

Nivel 2: El asesor guarda silencio y no refleja la mayoría de las discrepancias del asesorado.

Nivel 3: El asesor, aunque abierto y consciente de las discrepancias en la conducta del asesorado, no se refiere directa y específicamente a ellas.

Nivel 4: El asesor atiende directa y específicamente a las discrepancias que aparecen en la conducta del cliente y se lo refleja directamente.

Nivel 5: El asesor está continuamente sintonizado con las discrepancias que aparecen en la conducta del asesorado. Le confronta con sus discrepancias de una manera sensible y eficaz. (Marroquín, 1991, 105).

#### La Inmediatez

Es la habilidad de discutir, directa y abiertamente, con otra persona lo que está ocurriendo en el aquí y ahora de la relación interpersonal entre ambos, viene a resultar como un puente entre la empatía, basada en la experiencia interna del sujeto, y la confrontación, que se realiza desde fuera de su ángulo de referencia. (Marroquín, 1991, p. 105).

Este autor recoge de Carkhuff: “La inmediatez es probablemente una de las variables más críticas en cuanto a la comunicación de una profunda comprensión de la compleja interacción entre las partes integrantes de una relación. A menudo las expresiones del



asesorado, ya sean directas o indirectas, reflejan sus sentimientos y actitudes hacia el asesor en el momento presente”. (p. 105)

La Escala de Inmediatez (Immediacy of Relationship in Interpersonal Processes Scale), que pretende evaluar los distintos niveles de funcionamiento del asesor con relación a esta variable también consta de cinco niveles:

Nivel 1: El asesor hace caso omiso del contenido y afecto de las expresiones del asesorado, que pueden referirse directa o indirecta a la relación, entre ambos.

Nivel 2: El asesor no presta atención a la mayoría de las expresiones del asesorado, que pudieran hacer referencia a la relación entre ambos.

Nivel 3: El asesor, aunque abierto a las interpretaciones de inmediatez, no relaciona lo que el asesorado está diciendo con lo que está pasando entre ambos en un momento dado.

Nivel 4: El asesor parece relacionar las expresiones del asesorado con la relación entre ambos, de una manera directa pero cautelosa.

Nivel 5: El asesor refiere directa y explícitamente las expresiones del asesorado a la relación entre ambos. (Marroquín, 1991, p. 106).

#### La Auto-manifestación del Asesor

Continuando con la obra de Marroquín, y éste siguiendo a Carkhuff, se detalla de manera resumida las características de esta variable:

1. La auto-manifestación no es un fin en sí misma; es decir, debe de ir asociada a lo que a través de ella se pretenda, como puede ser el aumento de confianza del asesorado, la mayor profundidad en su auto-exploración, etc.

2. La auto-manifestación debe ser apropiada; no solamente realizada en el momento oportuno. Hay que evitar que el asesor sea el centro de la relación.
3. La auto-manifestación podría considerarse como una extensión de la genuinidad. (Marroquín, 1991, p. 107).

Carkhuff establece su Escala de Auto-manifestación Facilitadora (Facilitative Self-Disclosure in Interpersonal Processes Scale) con sus cinco niveles:

Nivel 1: El asesor intenta activamente mantenerse a distancia de asesorado.

Nivel 2: El asesor, aunque no parece que evite activamente la auto-manifestación, nunca ofrece voluntariamente información personal acerca de sí mismo.

Nivel 3: El asesor comunica su disposición a compartir información personal acerca de sí mismo, que esté relacionada con los intereses del asesorado.

Nivel 4: El asesor comunica voluntariamente información acerca de sus ideas, actitudes y experiencias personales, de acuerdo con los intereses y preocupaciones del asesorado.

Nivel 5: El asesor comunica datos íntimos y detallados acerca de su propia personalidad siempre relacionados con las necesidades del asesorado.

Con la primera dimensión del modelo de R. Carkhuff se han presentado las variables del asesor. A continuación, se recoge la segunda dimensión de este modelo. Según Carkhuff, las características con que el asesorado concurre a una Relación de Ayuda pueden dividirse en: Características que pudiéramos denominar demográficas como sexo, raza, estado socio-económico, cultura, etc, y características relacionada con su nivel de funcionamiento.

Con respecto a las características demográficas, Carkhuff concluye: “la evidencia sugiere que algunas variables demográficas del asesorado están relacionadas con el

comienzo o permanencia del asesoramiento en el tratamiento” (Marroquín, 1991, p. 119). Según Marroquín, lo que en el fondo reflejan son los prejuicios del asesor a la hora de elegir los asesorados.

Con respecto a las características del funcionamiento del asesoramiento , establece las mismas variables que las utilizadas para el asesor, y así lo expresa directamente el propio Carkhuff (1967):

“Puede, por tanto, aparecer claro, que estamos describiendo al cliente en los mismos términos que hemos empleado para describir nuestro consejero ideal, solamente que el cliente se encuentra varios niveles más bajo que el facilitador. En resumen nuestra concepción del cliente angustiado es análoga a nuestra concepción del padre, profesor o consejero que no facilita (el crecimiento), y el cambio de ganancia constructiva para cualquiera de esas personas que funcionan a bajos niveles está constituido por el movimiento hacia niveles más altos en el núcleo de dimensiones interpersonales efectivas” (p. 58)

Marroquín (1991) destaca que las dimensiones del asesor y del asesoramiento establecidas se incluyen a lo largo de los mismos niveles, pero la interacción entre ambos puede verse modificada por la actuación de ciertas variables contextuales como duración del tratamiento, etc... (p. 120).

La tercera dimensión del modelo presentado por Carkhuff se centra en la contribución de las variables contextuales y ambientales.

Las contextuales se refieren a los diversos aspectos o circunstancias en las que tiene lugar la Relación de Ayuda, y las ambientales, que contemplan más bien los lugares y circunstancias en los que el asesoramiento se desenvuelve, de los que viene y a los que retorna después de cada entrevista o a la terminación del proceso de ayuda.

Estas variables tienen un carácter primariamente modificador de la interacción establecida entre las otras dos dimensiones (asesor y asesorado).

#### **4.10. Aportaciones de Robert Carkhuff**

Cibanal et al. (2011) realizan un documento sobre notas sobre el Estado de la Cuestión en la Relación de Ayuda y señala que Robert Carkhuff es quien reelabora y matiza las tres condiciones necesarias y suficientes indicadas por Rogers (congruencia – autenticidad-, aceptación y la comprensión empática), y concluye que, además de la triada rogeriana, existen otras variables que influyen significativamente en la Relación de Ayuda: la concreción, confrontación e inmediatez de la relación, como se ha detallado en el epígrafe anterior. Visto así, las variables rogerianas serían necesarias pero no suficientes. (p. 15).

El modelo de Carkhuff, basado en variables y estructurado en fases, la constitución de la enseñanza como tratamiento, el establecimiento de una tecnología humanista de carácter comunitario y universal, pasa a ser un modelo de destrezas sistematizadas hasta el más mínimo detalle. Cibanal et al. (2011) indican que el método de Carkhuff ha estado marcado por la obsesión de la eficacia en el desarrollo de la persona, inicialmente, y de la comunidad, posteriormente, enmarcando dicha eficacia dentro de una connotación de futuro, como lo prueban algunas de sus obras. Sería difícil que Rogers reconociera su “terapia centrada en el cliente” en un modelo tan sistemático y rígido como el presentado por Carkhuff en la última década. (p. 15).

Cibanal et al. (2011) consideran que las nociones de congruencia y empatía son hoy también discutidas, hasta el punto de que su alineación exclusiva en el campo cognitivo, como propugna Carkhuff, no es admitida por la mayor parte de los autores que se inclinan, a una cierta “reverberación” en el campo afectivo de la persona del terapeuta. (p. 15).

Tanto es así, continúan estos autores señalando que Carkhuff, motivado por superocupación de hacer operativo y medible todo el proceso siguiendo el camino

emprendido por Truax, reelabora y crea numerosas escalas que permiten cuantificar las variables y las destrezas del proceso de Relación de Ayuda, como se ha señalado en el epígrafe anterior. Define las destrezas, que él entiende como algo operacional, observable, evaluable y susceptible de ser enseñado a los demás de manera sistemática, desea un modelo práctico, que no se redujera a algo meramente abstracto y actitudinal, y, al mismo tiempo, un modelo susceptible de ser enseñado a través de un entrenamiento sistemático.

## **Capítulo 5:**

### **La intervención social en adicciones**

#### **5.1. Introducción**

Para comenzar este capítulo, se hace un pequeño recorrido sobre las Estrategias que existen a nivel Europeo, Nacional y Autonómico en el ámbito de las drogodependencias, que permite enmarcar políticamente los compromisos adquiridos en esta materia.

Después se realiza una pequeña reflexión sobre conceptos básicos utilizados en el ámbito del Trabajo Social: concepto de intervención, objeto de intervención, concepto de interdependencia, concepto de exclusión social, concepto de integración, inserción y reinserción, y concepto de acompañamiento social.

Se hace mención al Trabajo Social dentro del terreno de la Salud, y se comentará brevemente el concepto de Trabajo Social Sanitario, ya que los procedimientos en materia de adicciones se ubican actualmente dentro del ámbito sanitario; también se

realizará un recorrido por las diferentes funciones de los trabajadores sociales sanitarios en las diferentes áreas (de atención directa, coordinación y participación, docente y de investigación y de gestión).

Se continuará analizando el proceso de atención social en el ámbito de las adicciones. Para ello se hará una aproximación del fenómeno de las drogodependencias vinculándolo con el Trabajo Social y se recogerá una definición.

Y posteriormente, se realizará una enumeración de las funciones de los trabajadores sociales en los centros de drogodependencias teniendo en cuenta los aspectos sociales de los consumos de drogas, los factores de riesgo en drogodependencias y el abordaje terapéutico en materia de drogas.

## **5.2. Marco Político en materia de drogodependencias**

Para enmarcar el ámbito de las drogodependencias a nivel político el proponente recoge un resumen de las Estrategias establecidas en esta materia a nivel europeo, nacional y autonómico. Desde este planteamiento, se observa la importancia que adquieren las adicciones y el compromiso que adquieren las administraciones públicas con sus ciudadanos con el fin de paliar la problemática en diferentes actuaciones.

### **5.2.1. Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020)**

La Estrategia Europea sobre Drogas<sup>6</sup> tiene por finalidad ayudar a la reducción de la demanda y de la oferta de drogas en la Unión Europea (UE), y también a reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales de cada país miembro, que proporcione un marco para la realización de acciones

---

<sup>6</sup> Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2010. [en línea] Disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/investigacion/InvestigacionUE/home.htm>, [2015, 28 Septiembre].

conjuntas y coordinadas y que constituya la base y el marco político para una cooperación exterior de la UE en este ámbito. Todo ello se conseguirá mediante un planteamiento integrado, equilibrado y empíricamente contrastado.

La Estrategia se articula en dos ámbitos de actuación:

- la reducción de la demanda y
- la reducción de la oferta de drogas.

Sus objetivos principales son:

- Contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga.
- Contribuir a la desorganización del mercado de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas.
- Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE.
- Seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la UE y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas.
- Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.



En la Estrategia Europea se plantean tres temas transversales:

- Coordinación.
- Cooperación internacional
- Investigación, información, seguimiento y evaluación.

Dentro de los ámbitos de la información, la investigación, el seguimiento y la evaluación el objetivo de la Estrategia es ayudar a comprender mejor todos los aspectos del fenómeno de las drogas y el impacto de las medidas, con el fin de aportar pruebas sólidas y completas a las distintas políticas y acciones.

La Estrategia, también pretende ayudar a mejorar la divulgación de resultados del seguimiento, la investigación y la evaluación a escala tanto de la UE como de sus estados miembros, garantizando el fortalecimiento de las sinergias y el equilibrio en la asignación de los recursos financieros y evitando la duplicidad de los esfuerzos. Todo ello puede lograrse mediante una cooperación más estrecha, armonizando las metodologías y utilizando las redes como elemento de cohesión.

Una de las grandes prioridades en el ámbito de la investigación es garantizar la financiación para el desarrollo de proyectos relacionados con las drogodependencias a escala de la Unión Europea y nacional, con arreglo a los recursos financieros disponibles, también a través de los programas financieros de la UE para el período 2014-2020.

La Unión Europea concentra gran parte de sus actividades de investigación e innovación en el Séptimo Programa Marco Horizonte 2020 que pretende contribuir a promover el liderazgo industrial, reforzar la excelencia científica y abordar los principales retos sociales, entre los que destaca la mejora de la salud y del bienestar social. Horizonte 2020 reúne en un solo paquete todos los fondos europeos destinados

a la investigación y la innovación con el objetivo de crear un espacio único europeo del conocimiento, la investigación y la innovación.

Con este planteamiento cada país miembro tiene la tarea de recoger en Estrategias Nacionales el espíritu de esta recomendación europea.

En el caso de España, se dispone del Plan Nacional sobre Drogas y la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Drogas con sus correspondientes Planes de Acción sobre esta materia y que se expone en el siguiente epígrafe.

### **5.2.2. Plan Nacional sobre Drogas**

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)<sup>7</sup> es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

La dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, se encuentra bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad, del correspondiente Ministerio de Sanidad.

La estructura organizativa es la siguiente:

1. El Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas, integrado por los Ministros de Sanidad y Consumo, de Asuntos Exteriores y de Cooperación, del Interior, de Justicia, de Educación y Ciencia, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Administraciones Públicas; el Secretario de Estado de Seguridad, del Ministerio del Interior; los Secretarios de Estado de Hacienda y Presupuestos y de Economía, del Ministerio de Economía y Hacienda; el Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes, del Ministerio de la Presidencia; y el Secretario

---

<sup>7</sup> Plan Nacional de Drogas [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/presenta/home.htm>, [2009, 26 mayo]

General de Sanidad, del Ministerio de Sanidad y Consumo. La presidencia corresponde al Ministro de Sanidad y Consumo. La Secretaría del Grupo Interministerial la ostenta la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (Real Decreto 1116/2006, BOE de 20 de octubre de 2006).

2. La relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas se efectúa a través de dos órganos:

a) La Conferencia Sectorial, presidida por el Ministro de Sanidad y Consumo, órgano de decisión política, formado por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejeros responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico y,

b) La Comisión Interautonómica, presidida por la Delegada del Gobierno para el PNSD, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.

3. La Comisión Técnica de Valoración de Actuaciones sobre Drogas (ORDEN SCO/2036/2007, BOE de 10 de julio de 2007), órgano colegiado consultivo adscrito a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para el apoyo y asesoramiento técnicos a ésta en el ejercicio de las competencias que le corresponden.

### 5.2.3. Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)

La Estrategia Nacional sobre Drogas<sup>8</sup>, nace tras quince años de vigencia del Plan Nacional, debido a los compromisos internacionales adquiridos por España, entre ellos la Estrategia Europea en materia de Drogas, así como por la necesidad de adecuarse a la realidad de un fenómeno siempre cambiante.

La XX Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio de 1.998, aprobó una declaración en la que se pedía a los Estados la elaboración de estrategias nacionales para conseguir una serie de objetivos.

De acuerdo con todo ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas decidió elaborar un documento donde se recogiesen de forma clara y precisa las metas y objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de intervención.

La Estrategia Nacional sobre Drogas se organiza en torno a 5 ámbitos de actuación: Reducción de la demanda; Reducción de la oferta; Mejora del conocimiento científico básico y aplicado; Formación y Cooperación Internacional.

En la elaboración de la Estrategia participan todos aquellos órganos de la Administración Central implicados; todos los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones; representantes de la Administración Local, así como Organizaciones del Tercer Sector y representantes de sociedades científicas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas tiene una vigencia de 8 años y se desarrolla a través de Planes de Acción cuatrienales.

El Plan de Acción sobre Drogas contiene las acciones que se desarrollarán para alcanzar los objetivos que se marcan en la estrategia.

---

<sup>8</sup> Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>, [2015, 28 Septiembre]

En su elaboración participan igualmente todos aquellos órganos de la Administración Central implicados; todos los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones; representantes de la Administración Local, así como Organizaciones del Tercer Sector y representantes de sociedades científicas.

Se desarrolla en torno a 6 ejes de actuación: la Coordinación; la Prevención y Sensibilización Social; la Atención Integral; la Mejora del Conocimiento; la Reducción de la Oferta y la Cooperación Internacional.

Tiene una vigencia de 4 años.

Se observa con esta información, a modo de declaración de intenciones, las tareas y acciones a desarrollar en materia de las drogodependencias en territorio nacional, implicando como se ha mencionado anteriormente a las comunidades autónomas y a las administraciones locales según normativa vigente, entre otros.

El proponente considera importante las actuaciones políticas a nivel europeo, nacional y autonómico con el fin de enmarcar y argumentar el análisis que se desarrolla en el capítulo 8 de esta Tesis.

#### **5.2.4. Planes Autonómicos de Drogas**

España cuenta con un conjunto diversificado y plural de centros y recursos de atención en el conjunto de las Comunidades y Ciudades autónomas (CC.AA)<sup>9</sup>. Estos centros son públicos o privados (en este último caso financiados por las Administraciones Públicas, y debidamente acreditados).

---

<sup>9</sup> Planes Autonómicos de Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Existen tres niveles diferenciados de atención en base a la especialización de los distintos recursos:

- Recursos de primer nivel. Son la principal puerta de entrada al sistema dónde se atiende al paciente.
- Recursos de segundo nivel (Centros ambulatorios de asistencia). Se trata de centros que prestan atención personalizada en régimen ambulatorio. Estos recursos pueden plantear objetivos de abstinencia, u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención.
- Recursos de tercer nivel. Son recursos de alta especialización, esto es, centros o dispositivos especializados en el tratamiento a personas con trastornos adictivos.

En la siguiente tabla (Tabla 5.1.) se pueden observar de una manera más gráfica los tres niveles de recursos, en base a la especialización:

<b>Tabla 5.1.: Niveles de Recursos, en base a la especialización</b>	
<i>Recursos de Primer Nivel</i>	<b>Puerta principal al sistema</b> (Centros de Salud, Servicios Sociales)
<i>Recursos de Segundo Nivel</i>	<b>Centros ambulatorios de asistencia</b> (Centros de Atención Integral a Drogodependientes)
<i>Recursos de Tercer Nivel</i>	<b>Recursos de alta especialización en el tratamiento de trastornos adictivos</b> (Recursos residenciales y clínicas especializadas)

Fuente: Elaboración propia. Datos disponibles en:  
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Los tipos de intervención que se llevan a cabo se detallan en la siguiente tabla:

<b>Tabla 5.2. Tipos de Intervención según los recursos de la Red de Atención Pública de Drogodependencias en España</b>	
Información Detección precoz Motivación Derivación	Recursos de primer nivel y segundo nivel
Evaluación Diagnóstico	Recursos de segundo nivel
Abordaje terapéutico	Recursos de segundo nivel y tercer nivel

Fuente: Elaboración propia. Datos disponibles en:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm> [2015, 28 septiembre]

En todos los tipos de intervención se realiza una atención integral desde los inicios de la intervención hasta la Incorporación Social.

En todos los casos la Intervenciones se adaptan a los perfiles de las personas o los colectivos con características y necesidades específicas a través de diferentes tipos de programas específicos.

Tras el análisis bibliográfico realizado por el doctorando se observa el interés y la implicación de las diferentes comunidades autónomas y las ciudades autónomas por el compromiso de la puesta en marcha de planes de drogodependencias. A modo informativo se plasma en el Anexo 4 la denominación de los planes que cada comunidad autónoma ha confeccionado.

### **5.3. Trabajo Social y Salud**

Como ya se ha mencionado en la introducción de este capítulo, la intervención social en adiciones se ubica dentro del área de la salud, y como tal, se considera necesario hacer mención a la relación entre el Trabajo Social y la Salud.

En el Protocolo de Intervención de Trabajo Social de la ciudad de Madrid (2012) resaltan la importancia de la relación entre el Trabajo Social y la Salud, que se remonta al siglo XIX. El Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y desde entonces mantiene una estrecha relación con ella.

Como hito histórico fundamental, los trabajadores sociales que elaboran dicho protocolo señalan que en 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio fundamental en el concepto de salud. A partir de esta declaración, la salud deja de entenderse solamente como la mera ausencia de enfermedad, para ser definida como el “estado completo de bienestar físico, psíquico y social”. Desde aquí se desarrollan nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, y supone no solo acentuar la dimensión social de las disciplinas sanitarias, sino también el necesario carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, en cuya vertiente social, el Trabajo Social es una profesión de referencia de esta nueva concepción de la salud. (OMS, 1978)

La finalidad del Trabajo Social, según este Protocolo (2012) es la investigación de las condiciones sociales de las personas, grupos, colectivos y contextos que en interacción con su medio presentan dificultades en su desarrollo global, promoviendo cambios a través de la intervención que resuelvan dichos problemas, potencien las capacidades de las personas para vivir en sociedad de modo más pleno y modifiquen aquellos impedimentos sociales que pueden obstaculizarlo. (p. 7).

Escartín, Palomar y Suárez (1997) destacando el carácter activador de la intervención del Trabajador Social, la define como “el proceso de ayuda realizado por un profesional colocado en un contexto de un sistema organizado de servicios, dirigidos a individuos, grupos o sujetos colectivos tendente a activar un cambio, tanto en el modo de situarse ante los problemas como en relación a los demás”. (p. 34).

Surge de los ideales humanistas y democráticos y sus valores se basan en el respeto a la igualdad, libertad y dignidad de todo ser humano siendo los derechos humanos y la justicia social los elementos constitutivos de la motivación y justificación de su



ejercicio profesional. Desde esta perspectiva se realizan importantes aportaciones del Trabajo Social al área de las drogodependencias. El papel del Trabajador Social y su perspectiva resultan claves a la hora de intervenir, considerando de una forma especialmente importante todos los aspectos relacionados con la capacidad de las personas para relacionarse socialmente, para sentirse miembros activos y participativos de la sociedad y para lograr el mayor grado posible de integración laboral y social. (Protocolo, 2012, p. 7).

#### **5.4. Trabajo Social Sanitario**

Como se señaló en la introducción de este capítulo, es necesario mencionar el Trabajo Social Sanitario y explicar brevemente la intervención social que se realiza desde esta disciplina, ya que a día de hoy, el término adicciones se asocia al concepto sanitario y como tal, la intervención social es realizada dentro de este ámbito.

Teniendo en cuenta la Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario de la Agencia Valenciana de Salud, el paradigma actual de la asistencia sanitaria, para la mayoría de los ciudadanos con problemas de salud, lo constituye lo que se ha venido en llamar la atención integral, que supone la valoración biopsicosocial y el diseño de un plan de atención integral, realizadas por un Equipo Multidisciplinar. (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, p. 8).

La visión holística de la persona es fundamental para orientar los planteamientos terapéuticos y constituye la base del modelo de atención para importantes colectivos de ciudadanos, entre ellos, las personas con problemas de adicción a drogas.

El Trabajo Social Sanitario, como especialidad surge con esta necesidad de ampliar la visión de la atención integral, de tratar no sólo los problemas de salud que presente un paciente sino también los factores sociales (familiares, económicos, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico, etc...) que pueden influir en su proceso.

Ituarte (1995) y Colom (2008) señalan que la presencia histórica de los trabajadores sociales en los contextos sanitarios es efectiva desde hace más de un siglo tanto en Estados Unidos, como en Europa (Reino Unido), y desde hace más de setenta años España. Esta figura de trabajadores sociales sanitarios es algo difícil de identificar tanto por los diferentes profesionales del sistema sanitario, como para los usuarios del mismo. Continúa la idea de que su función es exclusiva de la gestión de los recursos sociales y ofrece una visión muy reduccionista de su quehacer profesional, sin aportar la visión más compleja que significa: “analizar el entorno del paciente y proponer estrategias para facilitar desde ese entorno y/o con las ayudas externas necesarias las condiciones para afrontar los problemas de salud con una mayor garantía de éxito” (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, p. 8).

La figura del trabajador social debe formar parte del Equipo Multidisciplinar y aportar en él su visión social, que complementa el diagnóstico integral del individuo.

Continuando con la Guía de Intervención de la Generalitat Valenciana (2012), una de las primeras referencias científicas sobre el Trabajo Social Sanitario se encuentra en la obra de Mary E. Richmond, “El Diagnóstico Social” (1917), donde transcribe un artículo de Ida M. Cannon publicado en el *Social Work in Hospitals*, sobre la práctica clínica que, en 1905, realizaba el doctor Richard Cabot y su equipo en el departamento de servicio social del Massachusetts General Hospital (p. 11).

“El Dr. Cabot fue un innovador en su época puesto que apostó por una medicina centrada en el enfermo más que en la enfermedad, e impulsó los estudios sobre los aspectos sociales en la práctica de la medicina, defendiendo la estrecha colaboración entre los médicos y los trabajadores sociales. Su argumentación giraba en torno a que si bien el médico (en su caso psiquiatra) era quien conocía el estado físico y mental de los pacientes, también era un gran desconocedor de las circunstancias personales que lo rodeaban y de las consecuencias que ésta relación le ocasionaban. Afirmaba que el trabajador social disponía de la información más completa, puesto que además de conocer la información sanitaria, era el que investigaba el entorno del paciente: la historia familiar, las condiciones sanitarias, las circunstancias financieras y laborales,

etc. Su intervención permitiría realizar un tratamiento a fondo eficaz, puesto que aportaba al diagnóstico clínico, el conocimiento de las circunstancias que condicionaban el tratamiento y la recuperación del paciente. Esta es la esencia del Trabajo Social Sanitario” (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, p. 11).

Ituarte (2009) define la concepción ecológica de la salud como “salud y enfermedad son procesos sociales y personales en las que lo biológico, lo psicológico y lo social (que implica lo relacional, lo cultural, lo ético, lo estético, etc...) son tres aspectos relacionados e indisolubles”.

El trabajador social en este ámbito, se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, realizando un estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales. Desde el punto de vista individual y familiar, la participación del trabajador social supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el fin de evitar desajustes sociofamiliares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud. (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, p. 12).

El método utilizado en la Generalitat Valenciana es el método básico de intervención en Trabajo Social (detectar una necesidad, establecer el diagnóstico social sanitario, concretar el plan de intervención profesional, ejecutarlo y evaluarlo), desde un punto de vista individual o desde un punto de vista grupal. El diagnóstico social sanitario supone concretar la acción que se llevará a cabo con el paciente, contextualizándola y enmarcándola en el presente inmediato, pero teniendo en cuenta que tiene una realidad a la que en un momento determinado volverá.

Con el diagnóstico social sanitario se identifican las situaciones de riesgo social que afectan al paciente y a su entorno familiar y que aniden en su salud. El Equipo Multidisciplinar para proporcionar tanto a la persona como a la familia los apoyos

técnicos y estratégicos para la mejora de la salud diseñará un plan de intervención individualizado. (Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012, p. 12).

Mencionando a Friedlander (1985), desde lo específico del Trabajo Social Médico: “El Trabajo Social Médico, como método especializado de Trabajo Social, es de origen reciente. Incluye práctica de investigación social de casos y, algunas veces, el trabajo de grupo en un hospital, una clínica, o en algún otro centro médico, con el objeto de hacer posible para el paciente el uso de manera más efectiva de los servicios de sanidad disponibles. El Trabajo Social Médico se caracteriza por el deseo de ayudar al paciente a resolver aquellos de sus problemas sociales y emocionales que afectan su salud, o tienen influencia en su enfermedad y en su curación”. (p. 422).

“El desarrollo del Trabajo Social Médico está basado en cuatro fuentes principales. La primera de ellas fue el reconocimiento hecho en Inglaterra, en la década de 1880, de que los pacientes que eran dados de alta en un hospital para enfermos mentales necesitaban “atención posterior” en su hogar, para evitar que tuvieran una recaída. Los “visitadores” médicos iban a la casa del paciente y aconsejaban a la familia y a los amigos de éste sobre la atención que el paciente necesitaba a consecuencia de la enfermedad que había sufrido. Una segunda fuente del Trabajo Social médico fueron las “damas de la caridad” de los hospitales ingleses; estas damas organizaron su grupo en Londres a fines del siglo XIX, por iniciativa de Sir Charles S. Loch, y sirvieron como recepcionistas voluntarias, hicieron investigaciones sociales y decidieron si el solicitante debía o no ser admitido como paciente gratuito en el hospital, y qué organización caritativa podría asumir el sostenimiento del paciente. Las enfermeras visitadoras fueron las terceras precursoras de las trabajadoras sociales médicas... La cuarta fuente del Trabajo Social médico, fue la de los estudiantes de medicina que prestaron servicios de internos en las organizaciones sociales.

Basándose en estas experiencias, el Trabajo Social Médico fue implantado en 1905, en cuatro lugares diferentes así al mismo tiempo. Las trabajadoras sociales empezaron a formar parte del personal del Hospital General de Massachusetts, en Boston, y del Hospital Bellevue, de Nueva York; del Hospital Johns Hopkins, de Baltimore y de la

Enfermería Berkeley, de Boston... La trabajadora médicosocial ha tendido que hacer el contacto personal con el paciente y su familia, y proporcionar los hechos descubiertos por ella al médico, con objeto de ayudarlo en su diagnóstico y tratamiento” (Friedlander, 1985, p. 423).

Siguiendo la definición de Ituarte (2012), “El Trabajo Social Sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud –enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivan de ellas”.

Destacar como objetivos generales del Trabajo Social Sanitario, el desarrollo de las capacidades psicosociales de la persona enferma o con riesgo de estarlo, que le permiten un abordaje adecuado de su situación personal, así como favorecer la emersión de los recursos personales y de los que ofrece su medio social, promoviendo los cambios que garanticen su calidad de vida. Se trata de potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social. (VV.AA., 2013, p. 18).

Tomando las reflexiones del Consejo General de Trabajo Social, en el documento “La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social” publicado en su página web,<sup>10</sup> se recoge la cita de Dolors Colom (2010), en la que se especifica que “El Trabajo Social sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado de Bienestar dentro del cual se inscribe. La correcta denominación y ubicación de la profesión es importante para comprender el factor

---

<sup>10</sup> Consejo General de Trabajo Social. La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. [en línea] Disponible en: [http://ascane.org/trabajadores\\_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf) – páginas 13 y ss. [2015, 3 Septiembre]

diferencial que se desprende de sus intervenciones, asumiendo las funciones que le son propias, y no otras. Es preciso evitar la confusión del Trabajo Social sanitario con el practicado en otros ámbitos, como los servicios sociales, la educación, el trabajo o la justicia”.

El documento del Consejo General de Trabajo Social indica que “El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsables, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.

En definitiva, y siguiendo las pautas marcadas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias:

1.- La intervención cotidiana de los trabajadores sociales sanitarios se ajusta a unos criterios profesionales que vienen avalados por la existencia de una titulación específica, en los propios términos que marca el Art. 36 de la Constitución.

2.- Los trabajadores sociales sanitarios se agrupan en la correspondiente organización colegial, creada por Ley estatal, que permite asegurar el control profesional adecuado en los términos de la normativa estatal.

Sin embargo, es evidente que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, no ha adoptado este criterio precisamente, y así, el artículo 2, párrafos 1 y 2 de dicha norma, establece taxativamente cuáles sean las profesiones que, en exclusiva, merecen el calificativo de sanitarias:

1. De conformidad con el Art. 36 de la Constitución Española, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

2. Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:

a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.

b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.

Así las cosas, es obvio que no es posible utilizar un criterio de interpretación extensiva para incluir entre ellas el Trabajo Social Sanitario. Sin embargo, la propia norma ofrece un margen suficiente para abogar por esta inclusión, una vez que se demuestre la necesidad de ello, como sostenemos desde el Consejo General. De hecho el artículo 2, párrafo 3 de la mencionada Ley establece lo siguiente:

3. Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el

apartado anterior, mediante norma con rango de ley.

Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.

4. En las normas a que se refiere el apartado 3, se establecerán los procedimientos para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida, cuando ello resulte necesario, una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados.

La propia Ley abre el camino a la inclusión de otras profesiones en el catálogo legal siempre que se halle justificado, sea para la mejora de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial. Así se especifica en el Artículo 19, Sección II, que a continuación se expone:

1. Podrán establecerse especialidades en Ciencias de la Salud para los profesionales expresamente citados en los artículos 6 y 7 de esta Ley.

También podrán establecerse especialidades en Ciencias de la Salud para otros titulados universitarios no citados en los preceptos mencionados, cuando su formación de pregrado se adecue al campo profesional de la correspondiente especialidad.

2. Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años.

3. El Gobierno, al establecer los títulos de especialista en Ciencias de la Salud, determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se integran.

Por tanto, serán los Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y de Educación, previos los trámites correspondientes, los que habiliten y capaciten a los profesionales



que demuestren experiencia profesional adecuada en el campo del Trabajo Social sanitario como profesionales sanitarios. Esto se especifica en el artículo 16, sobre el establecimiento de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, de dicha Ley:

1. Corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la organización u organizaciones colegiales que correspondan, el establecimiento de los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, así como su supresión o cambio de denominación.

2. El título de especialista tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado. 3. Sin perjuicio de las facultades que asisten a los profesionales sanitarios citados en los artículo 6.2 y 7.2 de esta ley, ni de los derechos reconocidos, por norma legal o reglamentaria, a quienes se encuentran habilitados para desempeñar plaza de especialista sin el correspondiente título, la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, consideramos que es necesario incluir a los Trabajadores Sociales Sanitarios entre las profesiones sanitarias a través de su reconocimiento como profesión titulada y reglada con el desarrollo de la consiguiente especialización en Ciencias de la Salud de los trabajadores sociales, dentro del marco jurídico que las desarrolla. Lo que queda claramente justificado, no sólo por la tradicional inclusión de estos profesionales en los equipos interdisciplinarios de salud, sino también por las reiteradas referencias que a su actividad se incluyen en las normas básicas que regulan las profesiones sanitarias”.

#### **5.4.1. Las funciones de los Trabajadores Sociales Sanitarios**

Antes de concretar en las funciones de los trabajadores sociales sanitarios, mencionar la función del Trabajo Social, a nivel general, que recoge Ander-Egg (1985), de “implementador de políticas sociales cuya acción comprende la prestación de Servicios Sociales específicos que benefician a los ciudadanos habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e instrumentos que dispone la sociedad y que, a través de organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias. Esto se hace mediante la distribución de bienes y servicios con fines de socorro, prevención, rehabilitación y/o promoción” (p. 40).

“Desde el punto de vista del enfoque operativo de la implementación, éste puede tener tres alcances:

- Acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o génesis de los problemas específicos para evitar la aparición de los mismos o el surgimiento de los factores desencadenantes de dichos problemas.
- Acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quienes, por un motivo u otro sufren una situación de marginalidad o de carencias básicas dentro de la sociedad.
- Acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resultado el problema y para evitar que éste se reproduzca”. (Ander-Egg, 1985, p. 41).

La Junta de Castilla y León aporta un documento sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario (VV.AA, 2013) cuya misión es aportar, como miembro de un equipo asistencial, una valoración social y del entorno, estableciendo estrategias de intervención en la promoción y prevención de la salud y atender la problemática

sociofamiliar de la persona enferma, familia o comunidad, para garantizar una atención integral a la población. (p. 18).

Según el documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario de la Junta de Castilla y León (VV.AA, 2013), “definen las funciones como el ejercicio propio de una profesión que luego puede desarrollarse en diferentes campos de actividad y áreas de atención. Partiendo de esta premisa, los modelos de intervención proactivos en Trabajo Social sanitario, toman como punto de inicio el estudio social de los riesgos y sobre todo, diagnostican la existencia de problemas si los hubiera, estableciendo un plan de trabajo en función de los mismos, que persiga su resolución y que debe estar perfectamente integrado en el plan de intervención global realizado por el equipo multidisciplinar”.

En este documento de consenso de Castilla y León identifican las funciones generales del Trabajo Social Sanitario como las siguientes:

- 1.- Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
- 2.- Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
- 3.- Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
- 4.- Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
- 5.- Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.

6.- Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.

7.- Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.

8.- Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.

9.- Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.

10.- Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.

11.- Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

#### **5.4.2. Las áreas de intervención del trabajador social sanitario**

En el documento mencionado (VV.AA, 2013), y a modo de ejemplo ilustrativo, las áreas de intervención del trabajador social sanitario son las siguientes:

- **Área de Atención Directa.**
  - Responde a la atención de individuos o grupos como consecuencia de sus necesidades de salud.

- **Área de Coordinación y Participación.**
  - Comprenden aquellas actividades de interrelación entre sectores o instituciones.
- **Área Docente y de Investigación.**
  - 1.- Colaboración en actividades formativas.
  - 2.- Investigación.
- **Área de Gestión.**
  - Son aquellas actividades de planificación, organización y evaluación orientadas a la consecución de objetivos de mejora en la calidad de la asistencia.

## **5.5. Drogodependencias y Trabajo Social**

Las drogodependencias son uno de los fenómenos más complejos y problemáticos de la sociedad actual, sobre todo en los países más desarrollados o en vías de desarrollo. (Martín, 2009, p. 91).

Según Martín (2009) parece evidente que los consumos de drogas guardan dos vínculos con lo social:

- Por un lado, podemos observar que las personas drogodependientes se vuelven consumidoras por motivos que se encuentran en la esfera de lo microsocial (estilos educativos familiares, la desestructuración familiar o los conflictos familiares mal resueltos) o en la esfera de lo macrosocial (como los valores sociales dominantes, los discursos en torno al tema de las drogas, etc).

- Por otro lado, los consumos de drogas, generalmente producen un gran impacto social ya que provocan un deterioro de la salud pública o del bienestar

colectivo debido a los problemas sociales que asumen ellos mismos y sus entornos, que a menudo les llevan a la exclusión y marginación social. (p. 91).

No obstante, y siguiendo a Martín (2009) referenciando a Valverde (1993), el proceso de integración debe partir de al menos dos realidades:

- + Debemos ser consciente de la realidad social de la que partimos, tanto de la persona drogodependiente como de los que trabajan con ella.

- + Así mismo, debemos saber en qué momento del proceso de inadaptación y de drogadicción se encuentra la persona con la que trabajamos.

Gamella (2003) señala que el descubrimiento de los usos de drogas como problemas sociales es fundamentalmente cosa de los últimos tres décadas, es decir, un fenómeno moderno. Un problema social es un movimiento de alarma e indignación pública por el que cierta condición, situación o proceso se define como intolerable y se logra legitimar la intervención específica del poder político para reducirlo o erradicarlo. Los problemas sociales tienen mucho en común con movimientos sociales, y es un error pensar que cualquier tipo de necesidad o deficiencia o daño que sufran individuos o grupos, en una sociedad, por graves y sostenidos que sean, se convierten automáticamente en problema social. (p. 77)

Gutiérrez (2007) indica que “en el ámbito de las drogodependencias, los profesionales del Trabajo Social junto a otros profesionales forman parte de un conjunto de mediadores sociales que constituyen una estrategia preventiva en el ámbito comunitario” (p. 44).

Como indica este autor, la prevención apunta a detectar y reducir los factores de riesgo así como a potenciar los factores de protección. La prevención contempla el fenómeno de las drogas como fenómeno social complejo en el que se contemplan los factores asociados a las sustancias, a la persona y al contexto social y medioambiental.

La comunidad ha sido para el Trabajo Social la herramienta conceptual utilizada en contraste con la intervención individualizada del modelo clínico propio de Estados Unidos, y países centrales europeos. En España, a finales de la década de los años setenta, se empieza a sentir la influencia de las corrientes comunitaristas en el Trabajo Social, que provienen de las prácticas y reflexiones de países latinoamericanos. Sin embargo, en la actualidad, en España, se reflexiona sobre el alcance que tienen los Servicios Sociales comunitarios al contrastarse que en la práctica dominan las atenciones individualizadas y una escasa capacidad de intervención comunitaria (Gutiérrez, 2007, p. 45).

Pese a este marco teórico, la realidad que se presenta es la anteriormente descrita en la práctica legal, y es lo que analizaremos en esta investigación.

Siguiendo al Gutiérrez (2007), se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias como:

“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial” (p. 184)

Con esta definición se pueden obtener los siguientes elementos fundamentales:

**“El Trabajo Social en el ámbito de las Drogodependencias es una forma especializada de Trabajo Social”**, la actuación en este ámbito constituye una actividad profesional especializada.

**“Que mediante un proceso de acompañamiento social”**, como señala el Manual para el Trabajo Social de Acompañamiento en los Itinerarios de Inserción (2003), acompañar es trabajar con el objetivo compartido de no perpetuar la situación actual,

con el propósito de mejorar esa situación, de conseguirlo en el menor tiempo posible y con el compromiso de realizar cada uno las acciones que se lleguen a consensuar.

El profesor Pomar también considera significativo el proceso de acompañamiento social, y argumenta en su tesis doctoral los denominados “acompañadores sociales”: *“Sin pretender una modificación de la denominación de los profesionales Diplomados en Trabajo Social, es decir, de los trabajadores sociales, -aunque a mi entender se ha perdido la mayor especificidad que poseía la anterior de Asistentes Sociales, dado que son muchos los trabajadores de lo social que no son trabajadores sociales- quiero adjetivar la profesión con esa función o labor que le es socialmente requerida por quienes, de una forma u otra, conocen este ámbito del quehacer humano con la denominación de “Acompañadores Sociales”.* (Pomar, 2008, p. 381).

El propósito último de todo acompañamiento social es que la persona pueda crear y/o reconstruir sus redes de integración primaria, y para lograr esto, es necesario pasar por la promoción del ejercicio de una plena ciudadanía social.

Se entiende “ciudadanía social” a un estatus legal (de derechos políticos, culturales, sociales y económicos, ejercidos sobre una base territorial) y a un estatus moral (conjunto de responsabilidades sociales que implica la pertenencia social y la convivencia)<sup>11</sup>.

**“Tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono”.** Al ser el fenómeno de las drogodependencias un fenómeno de etiología multicausal es necesaria la actuación de diferentes profesionales. De ahí que lo específico de las actuaciones del trabajador social esté en relación con el estudio y abordaje tanto de aquellos factores sociales que pueden estar en el origen de una conducta adictiva propiciando su aparición, como de aquellos otros factores

---

<sup>11</sup> Palabras de Adela Cortina, referenciadas en la obra de Gutiérrez, A. (2007). “Drogodependencias y Trabajo Social”. Madrid: Ediciones Académicas.



sociales que pueden contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono mejorando la situación psicosocial de partida.

**“Reduciendo los factores de riesgo del contexto social”.** El trabajador social tendrá en cuenta los diferentes niveles contextuales en los que se desarrollan las vidas de las personas: contexto microsocial, contexto macrosocial.

**“E incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”,** Fomenta la capacidad de la persona para utilizar sus propios recursos como el trabajar por la mejora y extensión de sus relaciones sociales, entorno de apoyo y soporte social, además del acceso a los recursos para cubrir las necesidades y demandas de las personas.

#### **5.5.1. El trabajador social en el proceso de atención integral a las drogodependencias y sus funciones en los Centros de Drogas**

En este epígrafe se detallan las funciones del trabajador social en el campo específico de las adicciones, y concretamente en los centros de drogodependencias; pero antes se hace una mención a la figura del profesional de la intervención social, que para nuestro estudio, es el trabajador social, aunque sabemos que hay más profesionales de lo social que trabajan en el ámbito de las drogodependencias.

Ferro (2004), señala que el profesional es una persona con unos conocimientos específicos que le habilitan para trabajar en drogodependencias. (p. 295).

Es posible que la imagen que tenga de las personas que atiende sea más o menos inconsciente, y puede pensar que son personas enfermas y por tanto, tendrá que curarlas, o puede pensar que es un marginado social y por tanto tiene que haber una mejora de las estructuras para que se pueda integrar, o puede pensar que es una persona con un comportamiento inadaptado y que, por tanto tiene que modificarlo. (Ferro, 2004, p. 295).

También puede pensar que es un “vicioso” y que su conducta es reproachable, que es un pobrecito y se debe ser caritativo con él, que es inferior o débil de espíritu, que es un mentiroso y viene a engañarme y a atacarme, etc... Estas y otras actitudes del profesional pueden condicionar su actuación con la persona que atiende, sobre todo si no es consciente de los presupuestos de los que parte y trabaja. (Ferro, 2004, p. 295).

Ferro (2004) enlaza lo referido en párrafos anteriores con dos términos utilizados en Terapia Familiar: la transferencia (mensajes, sentimientos, etc... que el usuario transmite de forma inconsciente al profesional) y la contratransferencia (sentimientos que despierta en el profesional los mensajes, actitudes y sentimientos transmitidos por el usuario).

Destacar también la situación del profesional, que como persona que es, se encontrará en un determinado momento evolutivo y de madurez. Ferro (2004) hace referencia a Ángel Luis Maroto Sáez (2001) en su artículo Ipsoterapia en Trabajo Social: “El mérito de un Trabajador Social es conocerse, re-conocerse y esto viene tras un ejercicio de constante encuentro con la verdad de uno mismo, porque conocerme como persona me permite saberme como trabajador social”. “Toda realidad humana con la que trabajamos, suele venir marcada por situaciones que generan en nosotros ansiedades, fantasmas, emociones, frustraciones, desencanto, quemazón. Por eso, es preciso trabajarnos para alcanzar un equilibrio, una madurez necesaria en lo personal, con el fin de ser lo más sinceros con nosotros mismos, conociendo nuestra geografía interior y evitando en lo posible disociar la realidad con la que trabajamos” (p. 295).

Es útil tener en cuenta el Código Deontológico de los Trabajadores Sociales<sup>12</sup>, que recoge en su Capítulo III la relación entre el Diplomado en Trabajo Social y los usuarios o clientes:

---

<sup>12</sup> Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Texto aprobado por la asamblea general de colegios oficiales de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria del 9 de Junio de 2012.

- Art. 16. El diplomado en Trabajo Social está obligado a tratar a todos los usuarios con ecuanimidad, interés, dedicación y honestidad profesional, respetando sus diferencias individuales y grupales.
- Art. 17. El diplomado en Trabajo Social debe respetar las opiniones, criterios y decisiones que el usuario / cliente tome su propia existencia, aunque no los comparta.
- Art. 18. El diplomado en Trabajo Social debe consensuar con el usuario / cliente la intervención profesional a realizar y finalizar la relación profesional con éste, cuando ya no sea necesaria, e informar al usuario / cliente del resultado previsible de su intervención.
- Art. 19. En los casos en que sea necesario derivar al usuario / cliente a otro servicio, el diplomado en Trabajo Social debe hacerlo de la manera más favorable para aquél, procurando asegurar la continuidad de la intervención.
- Art. 20. En los casos en que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el diplomado en Trabajo Social, debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada.
- Art. 21. El diplomado en Trabajo Social debe hacer un uso responsable de la información relativa al usuario, siendo respetuoso en la obtención de la misma, justificando su necesidad y solicitando su consentimiento para utilizarlo sólo a efectos de una intervención coordinada y efectiva.

Tras este inciso, en relación a la figura profesional, se continúa en este apartado, el análisis del proceso de atención integral a las drogodependencias de la ciudad de Madrid acudiendo al Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016 (Ayuntamiento de Madrid, 2011), donde se describe dicho proceso, en función de una

---

serie de etapas. Estas etapas no siempre son fáciles de delimitar en la práctica, ya que están íntimamente interrelacionadas entre sí y se producen la mayoría de las veces de forma simultánea en el tiempo de la intervención, pero es necesario describirlas como momentos diferentes del proceso para su mejor comprensión:

#### 1.- Atención a la demanda inicial.

Se realiza a través de dos actuaciones: la recepción y la acogida.

El trabajador social, al igual que otros profesionales del Centro, tiene el primer contacto con el paciente, a través de la entrevista de acogida, que incluye una triple dimensión: como relación, como técnica y como proceso.

Se pretende cumplir una serie de objetivos que están previstos en el Plan de Adicciones:

- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe motivo de prioridad en la atención.
- Dar información y orientar sobre actuaciones posibles.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

El profesional que realice esta acogida (sea el trabajador social u otro profesional del equipo) deberá realizar un primer análisis de la demanda del paciente y o su familia, así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento y procurar reforzar y apoyar el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

#### 2.- Valoración interdisciplinar.

Es necesario realizar una valoración del paciente teniendo en cuenta las áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional, de tal manera que a través del análisis de la información de estas áreas pueda realizarse una evaluación de 7 dimensiones del

modelo de atención integral: salud y autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio.

Desde el área social, el trabajador social recaba los datos y la información necesaria para poder realizar un diagnóstico social del paciente. Se incluirá información relativa del propio paciente y de su medio familiar y social, las drogas de abuso, la frecuencia, gravedad y duración del problema, la forma en que el usuario y su familia viven la situación-problema, el modo de afrontarla, la forma en que se plantea la demanda, la motivación y la forma de acceso.

### 3.- Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI).

Esta evaluación se realiza en función de las siete dimensiones señaladas en el modelo de atención (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).

El Equipo diseña un Programa Personalizado de Intervención (PPI), que incluirá los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención, las actividades a desarrollar para la consecución de los objetivos, y los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

### 4.- Desarrollo del Programa Personalizado de Intervención (PPI).

Tras realizar el PPI y quedar consensuado con el paciente, se inicia el proceso de intervención o desarrollo del mismo, que supone la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas.

El desarrollo del PPI supone el seguimiento y la evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico.

El nivel de la intervención del trabajador social en el desarrollo del PII dependerán en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo de exclusión social,

de modo que, a mayor presencia de riesgo de exclusión, la intensidad o el peso de la intervención del trabajador social en el caso, deberá ser mayor.

A continuación se recoge en la Tabla 5.3., a modo de resumen, este proceso de atención integral a las drogodependencias del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid:

<b>TABLA 5.3.:</b> <b>PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DROGODEPENDENCIAS</b> <b>(Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid)</b>	
<b>ATENCION A LA DEMANDA: RECEPCIÓN Y ACOGIDA</b>	
<b>VALORACIÓN</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Valoración Interdisciplinar:</b>  - Sanitaria  - Psicológica  - Social  - Ocupacional </div> <div> <b>Evaluación Multidimensional:</b>  - Salud / Autocuidados  - Psicopatología  - Consumo  - Familiar  - Socio-relacional  - Formativo-laboral  - Ocio </div> </div>	
<b>PROGRAMA PERSONALIZADO DE INTERVENCIÓN: PPI</b> - Diseño PPI - Retroinformación al paciente y consenso del PPI - Desarrollo del PPI: . Metodología / Estrategias . Especificidades . Servicios y recursos de apoyo	
<b>EVALUACION</b> Resultados	
<b>SEGUIMIENTO POST-ALTA</b>	

Fuente: Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. Madrid, Octubre 2012.

A modo de ejemplo y con el fin de ilustrar el rol del trabajador social en un centro especializado de drogodependencias, desde la práctica profesional, se detalla a continuación las áreas de Trabajo Social (área de necesidades básicas, área de familias, área formativa, área laboral, área económica, área de la vivienda y área judicial) y las

funciones del trabajador social en un centro de drogas, que es el centro, donde el proponente realiza su trabajo (Jiménez, 2011):

**Área de Necesidades Básicas:**

Se ofrece el asesoramiento profesional y la gestión de los correspondientes recursos según la demanda y según la necesidad de cada usuario: Alojamiento (Albergues), Comedor Social, Servicio de Aseo Básico, Ropero, Documentación Básica (Empadronamiento, Tramitación DNI, Tarjeta de la Seguridad Social, etc...).

**Área de Familias:**

“La familia, como grupo socializador primario, actúa como modelo y grupo de referencia para el aprendizaje de conductas y el desarrollo integral de los miembros que la componen, influyendo en la configuración de la personalidad de cada uno de ellos, sus ideas, actividades, relaciones interpersonales, etc..., siendo a la vez un componente básico de transmisión de valores sociales y culturales, creencias, tradiciones y comportamientos. Es por ello que, dentro de nuestras funciones, es fundamental el trabajo a realizar con el grupo familiar, marcándonos como objetivo fundamental conseguir su máximo nivel de implicación y participación activa a lo largo del tratamiento y el desarrollo de sus recursos y capacidades” (Losada et al., 1995, p. 129).

- Intervención Social con Familias
  - Trabajo con la familia a nivel individual.
  - Trabajo con la familia y el usuario.

Importante destacar algunas características señaladas por Losada (1995) con respecto al sistema familiar disfuncional que contribuyen a la falta de crecimiento de sus miembros, a una rigidez, y por ende, a una incapacidad de facilitar una transformación:

- Falta de establecimiento de límites y normas claras o desacuerdo del sistema parental.

- Confusión en la autoridad, bien por exceso o defecto; padres excesivamente autoritarios e inflexibles o padres que se sienten “colega” de sus hijos, sin ejercicio de su rol.
- Falta de comunicación. Dentro de estas familias no existe diálogo abierto para la resolución de problemas, bien porque nunca ha existido o porque se han aprendido formas de comunicación inadecuadas: discusiones, amenazas, descalificaciones continuas...
- Sentimiento de culpa. Los padres en su mayoría se sienten responsables de los éxitos o fracasos de sus hijos, lo que les lleva a que cuando aparece el problema de la drogodependencia en algunos de sus miembros se culpabilizan de los fallos que puedan haber tenido en la educación y se preguntan en qué pueden haber fallado. Esto le lleva a que sean ellos los que solicitan el tratamiento para el hijo, rogando o seduciéndole para que acepte dejarse “curar”. Por este sentimiento de culpa la familia suele centrar toda la atención sobre el hijo afectado, olvidándose del resto de los miembros, de su ocio, relaciones sociales, etc., manteniéndose unida la familia a través de lazos de dolor y culpabilidad. (Losada et al., 1995, p. 130).

Estos autores plantean tres objetivos ante una intervención sobre el núcleo familiar:

- 1.- Conocer la incidencia de los factores perturbadores que han descompensado el funcionamiento familiar (identidad, valores y mitos familiares); cambios en el ciclo familiar, capacidad de transformación-respuesta; mecanismos de retroacción social utilizados por algunos de sus miembros).
- 2.- Crear un clima afectivo donde los límites y las normas son necesarios para el desarrollo de actitudes que les ayuden a superar sus frustraciones y desarrollar ideas propias, lograr la seguridad y autoconfianza necesarias para alcanzar su madurez e independencia.
- 3.- Que la familia adquiera unos hábitos saludables que les permitan afrontar todas aquellas situaciones conflictivas que se les plantearán a lo largo de su vida.



- Grupo de Familias.

Sánchez Martínez (1995, p. 182) plantea la familia como elemento significativo para el abordaje del fenómeno de las drogodependencias. Esta autora parte de la definición de “la familia” siguiendo a E. Martín González (1992), como un grupo pequeño y que posee características propias de las agrupaciones, en el que cada miembro influye en la conducta de todos los otros y cada dificultad o desviación altera los procesos de interacción de todos ellos. Además presenta como características propias, las siguientes:

- Está compuesta, generalmente, por individuos adultos, adolescentes y/o niños, cuyas edades son muy distintas, de tal forma que entre los miembros del grupo hay diferencias generacionales.
- Las interrelaciones familiares que cristalizan en la estructura familiar son más intensas que en cualquier otro grupo e incluso de naturaleza distinta.
- Las relaciones intrafamiliares tienen una prolongada duración. Desde que un niño nace hasta que se hace adulto constituye el ámbito primero y fundamental donde se desarrolla su proceso de socialización.
- La familia se configura como el puente entre sus miembros y el resto de las instituciones, la sociedad en su conjunto.

Partiendo de esta definición, y revisando algunas de las investigaciones realizadas, se observa que según expone C. Orte Socías (1994), la identificación de algunos factores familiares que muestran influenciar el abuso de drogas (Glynn, 1984).

Esta autora indica que desde el punto de vista de la intervención, es importante considerar que ciertas variables de procedencia familiar deben ser tendidas en cuenta, constituyendo una de las principales, los Estilos Educativos, a través de los cuales los padres podrían afectar el proceso de involucración en el consumo de drogas de sus hijos, mediante las tres grandes variables implicadas: la calidez de sus relaciones, el

control de su conducta y las técnicas de control psicológico, con su implicación o interés por el chico/a, moduladas por su propia conducta.

Son muchos los autores, que desde el punto de vista de la intervención, afirman la necesidad e intervención familiar, tanto en el ámbito de la prevención como en el de asistencia.

Sánchez (1995) destaca a X. Ferrer et al. (1990), que afirman que si la familia es un factor etiológico, lo primordial en el uso, abuso y/o drogodependencia de drogas es trabajar sobre la familia, con el fin de eliminar los factores negativos existentes.

Es necesario intervenir en los siguientes factores:

- La dinámica familiar, desde un punto de vista sistémico que revisa la estructura y el funcionamiento de la familia en la génesis de la drogodependencia de alguno de sus miembros.
- El modelo de consumo: los autores se apoyan en la Teoría del Aprendizaje Social formulada por Bandura, en que el comportamiento del niño y del joven depende en gran parte de las personas cercanas y del relativo control y refuerzo ejercido por esas personas. Los padres son personas cercanas que poseen un nivel elevado de control y una posibilidad importante de refuerzo sobre los comportamientos infantiles.
- La conformación de las actitudes: Importante el papel de los padres en la configuración de las actitudes de sus hijos respecto del consumo y abuso de sustancias. Estas actitudes se modelan, se configuran progresivamente en función del estímulo recibido y de los refuerzos o castigos.

Otra línea defendida por autores como Worden (1987) señalan que desde la familia podría proporcionarse un repertorio comportamental y cognitivo que contribuyera a evitar el problema. Si los padres poseen habilidades de comunicación, pueden ayudar eficazmente a los jóvenes a tomar decisiones responsables y a resistir las influencias de sus iguales. Si no hay diálogo y comunicación, no pueden proporcionar los

conocimientos necesarios para que los hijos puedan elegir responsablemente al respecto.

Sánchez (1995) menciona otra línea de argumentación respecto a la necesidad de intervención con los padres y madres, y es la mencionada por X. Ferrer y Otros (1990) cuando afirman que la familia es la primera instancia socializadora del ser humano, tanto por su importancia como por preceder, en su influencia, a otras instancias de socialización secundarias, tales como la escuela, los medios de comunicación, o el grupo de iguales.

Mención especial merece lo publicado en el artículo de Sánchez (1995) el trabajo de grupo como método específico de la disciplina del Trabajo Social y su relación con las necesidades de padres y madres en drogodependencias, donde recoge que Moix (1991) concibe el Trabajo de Grupo como método específico del Trabajo Social mediante el cual los miembros del grupo son ayudados a aprender nuevas ideas, a desarrollar una nueva destreza o pericia, a deponer o modificar actitudes, y a profundizar en sus personalidades, a través de la participación en un proceso social en el que adoptan decisiones y emprenden la acción social necesaria, para alcanzar los propósitos del grupo.

“El Trabajo Social con grupos es, el método de trabajar con la gente en grupos –de dos o más personas- para el aumento de su enriquecimiento personal o de su funcionamiento social y el logro de otros fines socialmente deseables” (p. 186).

La figura del trabajador social como conductor del Trabajo Grupal se recoge en los trabajos realizados por Wilson y Ryland (1947), en los que indican que “la calidad de la experiencia de grupo” lo que constituye la base para su diferenciación con otros métodos. “Esta calidad surge de la relación entre los miembros, y entre éstos y el group Yorker que interviene en el proceso de interacción. Y la relación del “group Yorker” con los miembros, y consiguientemente el papel que desempeña, derivan

directamente de su filosofía y de los propósitos de auspicio con el que se identifica y del que recibe su sanción funcional”.

Moix (1991) indica que el método del Trabajo Social con grupos incluye el empleo consciente, por el trabajador social, de las relaciones entabladas entre los miembros del grupo y entre ellos y su propia persona. El “Group Worker” actúa, principalmente por medio de su participación en el proceso de interacción que se produce entre los individuos que constituyen el grupo, pero él no es un miembro más de éste que se identifique totalmente con los demás, y se deje absorber por las actividades del grupo como tal. Las funciones del “Group Worker” son guiadas por su comprensión profesional de la vida del grupo y de la necesidad de su ayuda que sienta cada uno de sus miembros. El “Group Worker” ha de combinar, el conocimiento de la dinámica individual y el de la dinámica de grupo. La formulación de este conocimiento combinado y su traslación es una de las contribuciones específicas del Trabajo Social con grupos (p. 354).

El proponente comparte con la autora del artículo (Sánchez, 1995) que el trabajador social en el campo de las drogodependencias, desde los servicios sociales generales o específicos de drogodependencias, tiene la gran ventaja de poder conocer, por la organización del trabajo y la aplicación de sus técnicas profesionales, quiénes son los participantes –padres y madres- de los grupos con los que va a intervenir. Es por todo esto, que desde el CAID de Torrejón de Ardoz, se apostó por la realización de un trabajo grupal con padres y madres de drogodependientes, y se elaboró un Proyecto de Intervención con Familiares de Pacientes con problemas de adicción a drogas (Ladero y Jiménez, 2010).

#### **Área Formativa:**

“El hecho de que el contacto de los consumidores con las drogas se produzcan mayoritariamente en edades tempranas, lleva asociado en un alto porcentaje de casos el fracaso o abandono de los estudios” (Losada et al., 1995, p. 134).

### **Área Laboral:**

Es importante destacar el interés de esta área en materia de reinserción para personas drogodependientes. Se detallan las situaciones a valorar, las funciones del trabajador social y los recursos con los que se cuenta en la actualidad. También se mencionan unas conclusiones en un programa de intervención de Cruz Roja de especial interés en materia de empleo.

“Parte de los drogodependientes que se atienden suelen compaginar una actividad laboral, escasamente cualificada, con el consumo de drogas (...) muchos jóvenes drogodependientes, por su edad de inicio en el consumo de drogas, jamás han realizado actividad laboral alguna e incluso, frecuentemente, no poseen ni siquiera los más mínimos conocimientos que les capaciten para ello. El paro y el ocio no deseado, junto a la falta de espacios comunitarios de interés, conlleva no sólo una carencia de medios económicos, sino una importante falta de expectativas, estímulos y motivaciones que van favoreciendo un progresivo deterioro de las habilidades personales, generando un caldo de cultivo adecuado para que se vayan conformando distintos tipos de conductas asociaciones y antisociales” (Losada et al., 1995, p. 134).

“Las funciones del Trabajador Social en esta área irían encaminadas hacia:

- El conocimiento, estudio y valoración de su historia laboral y su situación actual.
- Es importante, asimismo, valorar el papel que el trabajo cumple o puede cumplir en el desarrollo personal del individuo (independencia económica, integración social, autoestima, sentimiento de utilidad) y la funcionalidad que el individuo, como trabajador, tiene dentro de su núcleo familiar.
- La valoración de la conveniencia o no de la incorporación del individuo al mundo laboral o al mercado de trabajo en función del momento en que se encuentre en su proceso de rehabilitación.
- La elaboración de un programa básico para la capacitación o incorporación laboral de aquellos casos en que, considerándose conveniente su incorporación

al mundo laboral, el sujeto no disponga de expectativas ciertas o adecuadas de trabajo.

**Área económica:**

Desde esta Área el trabajador social asesora, orienta y gestiona las correspondientes ayudas económicas vigentes en el territorio.

**Área de Vivienda:**

Se proporciona la información necesaria y las gestiones que conlleva el proceso administrativo para Viviendas Protegidas de Especial Necesidad.

**Área Judicial:**

“El consumo abusivo de drogas aparece asociado con relativa frecuencia a la comisión de actividades delictivas. La necesidad de financiar consumos cada vez más importantes de sustancias con un elevado precio en el mercado determina que un elevado porcentaje de usuarios atendidos en los servicios asistenciales presenten alguna incidencia de carácter legal. En general, se trata de delitos contra la propiedad, hurto, robo con intimidación, etc...; o por tráfico de drogas a pequeña escala, en los que el drogodependiente pasa a convertirse en traficante/distribuidor, con el fin de financiarse su propio consumo.” (Losada et al., 1995, p. 137).

“Los casos más comunes con problemas legales que acuden a Centros de Drogodependientes son:

- Personas con juicios pendientes que se encuentran en libertad provisional.
- Personas con remisión condicional de la pena.
- Penados clasificados en tercer grado.
- Personas que han sido detenidas y no han sido encausadas, que son derivadas por los equipos de asesoramiento en drogodependencias de los Juzgados.
- Cumplimiento sustitutorio de pena en centro de tratamiento alternativo a la prisión”. (Losada y otros, 1995, p. 138).

“El contenido de las funciones de esta área sería el siguiente:

- Conocimiento de la organización judicial, legislación y reglamento penitenciario relacionados con la problemática de drogodependencias.
- Conocimiento y coordinación de los recursos externos relacionados con esta problemática: departamentos de Trabajo Social Penitenciario, comisiones de Asistencia social, programas de intervención en los Juzgados de Guardias, comisiones de clasificación, equipos de tratamiento de toxicomanías penitenciarios, etc...
- Valorar la incidencia que su situación jurídico-penal tiene sobre su motivación frente al inicio del tratamiento y su posterior desarrollo.
- Informar y poner en contacto a las familias con los recursos externos especializados para su orientación y asesoramiento.
- Facilitar pautas a la familia en su relación con el drogodependiente interno en prisión, y preparar el retorno al medio familiar y social cuando se produzca la situación de libertad”. (Losada et al., 1995, p. 139).

#### **5.5.2. Aspectos sociales de los consumos de drogas**

Según el análisis que realiza Martín Solbes “parece evidente que los consumos de drogas guardan dos vínculos con lo social:

- Por un lado, podemos observar que las personas drogodependientes se vuelven consumidoras por motivos que se encuentran en la esfera de lo microsocial (como los estilos educativos familiares, la desestructuración familiar o los conflictos familiares mal resueltos), o en la esfera de lo macrosocial (tales como los valores sociales dominantes, los discursos en torno al tema de las drogas, etc...).
- Por otro lado, los consumos de drogas, generalmente producen un gran impacto social ya que provocan un deterioro de la salud pública o del bienestar colectivo debido a los problemas sociales que asumen ellos mismos y sus

entornos, que a menudo les llevan a la exclusión y marginación social.” (Martín, 2009, p. 39)

Siguiendo a Valverde (1993), “el proceso de integración debe partir de al menos dos realidades, a saber:

- Debemos ser conscientes de la realidad social de la que partimos, tanto de la persona drogodependiente como de los que trabajan con ella.
- Asimismo, debemos saber en qué momento del proceso de inadaptación y de drogadicción se encuentra la persona con la que trabajamos”.

Es frecuente visualizar el fenómeno de las drogodependencias como una patología o como un delito, contraponiéndolo así a un buen estado de salud, a una legalidad imperante y a una normalidad social. Los consumos de sustancias son situados, no como un fenómeno social, sino como un fenómeno de desviación social, lo que conduce a culpabilizar a las personas consumidoras excluyéndolas, ya que lo que la sociedad anhela es seguridad y no resolución de la problemática asociada al fenómeno de las drogodependencias. (Martín, 2009, p. 39).

La existencia de sustancias, los modos culturales de acceso a ellas, las percepciones que tenemos, la diversidad de personas que consumen y contextos donde se consumen, su producción y distribución y sus relaciones con las economías, hacen que sea imprescindible abordar este fenómeno desde puntos de vista sociales y, por qué no, desde la educación social, ya que percibimos las drogodependencias como una serie de procesos relacionados con la exclusión que, por otra parte, se construye en referencia al mercado, a la etnia, el género y al sistema social que incluye o excluye, siendo en la actualidad lo que incluye o excluye, aun sin realizar consideraciones maximalistas, el mercado globalizado. (Martín, 2009, p. 29-40).

Este autor considera que existen algunos componentes de los procesos de exclusión de las personas drogodependientes a tener en cuenta, como son:



- Las variables sociales de partida: ya que una persona drogodependiente puede llegar a la exclusión social desde cualquier grupo social, nivel académico o familiar, aunque cuanto más precario, pobre y marginal sea la situación de partida, más posibilidades existe de exclusión.
- Factores de personalidad: aunque no existe acuerdo en considerar como patológicos los rasgos de personalidad de las personas drogodependientes, sí es cierto que cada persona posee unas características que lo pueden vincular, más o menos, con estas situaciones de exclusión social.
- Consecuencias de los consumos de abuso: ya que las dificultades para mantener un empleo, la participación en delitos, la aparición de desajustes emocionales, ciertos estilos de vida, los problemas de salud y la incapacidad de mantener relaciones interpersonales satisfactorias, son circunstancias que pueden posibilitarla o, al menos, facilitarla.
- Componentes variados que se pueden combinar: ya que no existe un único tipo de persona drogodependiente, sino que las posibilidades son tantas como personas afectadas.
- El tamaño y la edad del colectivo: como ya señalamos, en Europa existen aproximadamente dos millones de personas drogodependientes, que en la actualidad pasan casi desapercibidos ya que no son causa de inseguridad, por lo que las instituciones tratan de mantenerlos controlados por medio del sistema asistencial, oscilando la edad media de estas personas entre los treinta y cuarenta y cinco años. En cualquier caso, debemos tener muy presente que asistir no equivale a educar; y que posibilitar procesos educativos es trabajo de la educación social. (Martín, 2009, p. 41)

### **5.5.3. Los factores de riesgo en drogodependencias**

Calafat (1995) define los factores de riesgo como “aquellos hechos o circunstancias cuya presencia aumenta las posibilidades de un individuo o grupo social de consumir drogas”. Estos factores de riesgo están vinculados la propia sustancia, al ambiente social y a la propia personalidad de los consumidores.

Por otra parte, Martín (2009) concreta en que son factores de riesgo aquellas características personales o aquellas circunstancias ambientales que pueden llegar a incrementar la probabilidad de que una persona llegue a consumir una o varias sustancias de manera abusiva.

A pesar de ello, no se puede establecer una escala de los factores de riesgo según su importancia, aunque sí sabemos que éstos no actúan por separado, sino que interactúan con otros factores. Entre los factores de riesgo, se pueden distinguir:

- Factores relacionados con las características individuales.
- Factores relacionados con el contexto social.

- **Factores relacionados con las características individuales.**

**Factores biológicos:** la edad, el sexo o las enfermedades crónicas. Martín (2009) considera que los consumos de drogas que se dan durante la adolescencia y juventud descienden a partir de la etapa adulta; y parece que el hombre consume más y más variadamente que la mujer, aunque esta tendencia está cambiando en los últimos tiempos. De la misma forma, ciertas enfermedades mentales llevan consigo la proliferación de consumos. También indica que no está demostrado que los factores biológicos sean determinantes a la hora de consumir. (p. 70).

**Factores de personalidad y conducta:**

- Inadecuada autoestima.
- Inadecuada asertividad.
- Búsqueda de sensaciones.
- Lugar de control externo (“locus externo”).
- Inconformidad.
- Intolerancia a la frustración.
- Falta de autonomía en el grupo de iguales y elevada necesidad de aprobación social.
- Mal manejo de las situaciones de estrés.

- Mal empleo del tiempo de ocio.
- Bajo aprovechamiento escolar.
- Falta de habilidades sociales.
- Desconocimiento acerca de las sustancias.
- Expectativas positivas respecto a los consumos.
- Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas.
- Actitudes favorables hacia las sustancias.
- El componente conativo, relacionado con la forma de actuar.

Una actitud positiva ante los consumos supone un factor de riesgo que les predispone, ya que ésta puede proporcionar una baja percepción del riesgo.

- **Factores relacionados con el contexto social**

Las conductas que realizados se desarrollan en un lugar y en un contexto social como lo es la familia, la escuela, el grupo de iguales, la actividad laboral. Dentro de este contexto se pueden dar factores microsociales y macrosociales.

Factores microsociales: Ambiente familiar, ambiente escolar, el grupo de iguales y la actividad laboral.

Factores macrosociales: Disponibilidad de sustancias, actitudes sociales permisivas hacia el consumo de ciertas sustancias, sistema social de valores, inadecuado empleo del tiempo de ocio e inapropiado juicio social de las sustancias y de la persona consumidora.

A continuación se detalla en la siguiente Tabla (5.4.), de manera resumida, los factores de riesgo en drogodependencias:

**Tabla 5.4.: Factores de Riesgo en drogodependencias, según Martín Solbes**

<b>Factores relacionados con las características individuales</b>	<b>Factores relacionados con el contexto social</b>
Factores biológicos	Factores microsociales
Factores de personalidad y conducta	Factores macrosociales

Fuente: Martín Solbes, V.M. "Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social". Ediciones Aljibe. Málaga, 2009.

#### **5.5.4. La intervención en drogodependencias y su abordaje terapéutico en la intervención social**

Según recogen Beneit et al. (1997) en su obra, existen varios planos de intervención en drogodependencias: el biológico, el psicológico y el social. (p. 81)

La intervención en el plano biológico coincide en la práctica con la intervención que lleva a cabo el médico, con procedimientos y técnicas que manejan realidades biológicas y que se aplican en el nivel biológico del drogodependiente, como es la desintoxicación.

La intervención a nivel psicológico es la que aplica el psicólogo al drogodependiente, utilizando procedimientos y técnicas psicológicos como es el condicionamiento aversivo, la reestructuración cognitiva, etc...

La intervención a nivel social es la que aplican los sociólogos y trabajadores sociales, utilizando técnicas de su especialidad, fundamentalmente para lograr la reinserción social y laboral.

El proceso de intervención que se describe por estos autores coincide con las fases de proceso científico:

- Detección y delimitación del problema.
- Formulación de hipótesis.

- Selección de objetivos.
- Especificación de variables.
- Tratamiento (contrastación con la realidad).
- Evaluación de resultados (incluyendo el seguimiento).

Moix (2006) considera el problema de la drogadicción en una gravedad máxima. Hay que matizar ante la afirmación que “la drogadicción es una enfermedad” ya que no puede emplearse como justificación de la comprensión, por no decir la “aceptación social” de la droga, así como para disculpar al drogadicto. Su gravedad no estriba sólo en sus deletéreos efectos sobre la salud del paciente, y sobre su personalidad, su carácter, su vida laboral, económica, sexual, familiar, social, etc., sino, sobre todo, en la dificultad de su curación, si ésta se consigue, pues exige esfuerzos sobrehumanos y una constante y heroica ayuda familiar, social y principalmente profesional, con el consiguiente coste, que no todo el mundo puede soportar. (p. 54).

El Trabajo Social se ha tenido que implicar crecientemente en el tratamiento de la drogadicción Y no sólo ocupándose de los drogadictos, sino también de sus familias, siempre tan afectadas, a las que hay que ayudar a comprender el problema, a apaciguar miedos, ansiedades y sentimientos de culpa, a solidificar la unidad familiar y a aprender cómo dar apoyo y prestar ayuda al drogadicto. (Moix, 2006, p. 56).

El aumento exponencial de los drogadictos en los últimos años y el progresivo descenso de la edad en que los adolescentes empiezan a drogarse están afianzando la convicción de que estos últimos no se drogan tanto como por razones personales, como por motivos sociales, esto es, por esos falsos valores que les ha inoculado la sociedad en la que viven, como son el hedonismo desenfrenado, el presentismo, la obtención del máximo placer aquí y ahora, el “carpe diem” (“exprime el día”) horaciano, desdeñando toda posible consecuencia a medio y largo plazo, etc. A estos obstáculos se añaden la presunción del “control” y las “medias verdades” de general aceptación, como las que hacen hincapié en la “dosis” o en la “enfermedad” (Moix, 2006, p. 57).

Para que el tratamiento en adicciones pueda funcionar es necesario que el paciente reconozca la existencia de un problema y que informe con cierta fiabilidad tanto de la historia previa de consumo como, de los episodios que tienen lugar una vez instaurada la abstinencia. Es importante destacar que éstas no son condiciones previas exigidas para iniciar el tratamiento, sino objetivos a lograr a través del mismo. (Gavari, 2008, p. 87).



## **Capítulo 6:**

### **Los Equipos Integrales en Drogodependencias**

#### **6.1. Introducción**

Como se desarrolla en este capítulo, el ámbito de las drogodependencias es tan complejo que es necesario el abordaje desde diferentes disciplinas para poder realizar un trabajo integral adecuado al paciente y sus familiares. Al comienzo, en esta introducción, se realiza un acercamiento al funcionamiento de los equipos de trabajo interdisciplinario siguiendo a la autora Rossell, junto con otros autores.

Posteriormente, se realiza una diferenciación entre lo que es un equipo interdisciplinario, un equipo multidisciplinario y, en su caso, un equipo interprofesional y un equipo multiprofesional.

Se hace un análisis de las ventajas e inconvenientes de los trabajos en equipo, y se inclina la balanza hacia las ventajas ya que son bastantes más por lo que se favorece, prácticamente en todos los casos, una intervención de esas características.



Es importante valorar la figura del profesional, sea trabajador social, o psicólogo, médico, enfermero o educador social, ya que son ellos los que forman los equipos.

Para finalizar el capítulo, el rol y las actuaciones de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de tratamiento son fundamentales para tener el conocimiento adecuado de cómo funcionan estos equipos de trabajo interdisciplinar.

Como explica Rossell (1999), “El trabajo en equipo conlleva generalmente, explícita o implícitamente, la idea y la realidad del trabajo interdisciplinario y, una por tanto la noción de equipo, o grupo de trabajo, con la interdisciplinariedad” (p. 9). En el campo de “lo social” esto ocurre, y funciones que antes eran desempeñadas por unos profesionales concretos, ahora lo son por otros, abarcando unos campos específicos de trabajo antes no desarrollados.

Es necesaria la estrecha colaboración de distintos profesionales del campo de “lo social”, que sean capaces de ofrecer una visión integral que intente superar la dicotomía que la atención desde distintos servicios e instancias administrativas muchas veces impone.

Para adentrarnos en este capítulo se detallan primeramente, varias definiciones de “equipo”, y posteriormente, se hará mención al término “interdisciplinariedad”.

Douglas, 1983, citado por Rossell (1999), define el equipo como:

“Un grupo cooperativo que tiene por objeto conseguir una finalidad de tal naturaleza que no podría ser alcanzada por un solo individuo o desde una sola disciplina”. (p. 10)

Según este autor el trabajo en equipo requiere de sus miembros: a) un conocimiento especializado, b) la capacidad de cooperación con otros, c) una estructura y organización de trabajo, y, d) un estilo de dirección en el que predomine la expertez en la conducción de grupos, por encima de ser el conductor el mejor conocedor del tema que trata el equipo.

Brill, 1990, citado también por Rossell (1999), considera que el equipo: “es un grupo de personas cada una de las cuales posee una especialización particular, y, cada una es responsable de sus decisiones y acciones. Los miembros del equipo comparten un objetivo común, y se reúnen para compartir conocimientos e ideas, a través de cuya interacción formularán planes, realizarán acciones y tratarán de influir en el medio”.

En el caso de Plenchette-Brissonet, 1992, citado por la misma autora (1999) plantea como el concepto de equipo se contrapone al de individuo, y, de igual forma el trabajo en equipo se entiende como contrario al trabajo individual. Un Equipo, no es un conjunto de individuos que simplemente trabajan juntos, sino que están de alguna manera organizados para cooperar y complementarse en sus funciones” (p. 10)

En lo que respecta a la “interdisciplinariedad”, Rossell (1999) determina, que “ésta se justifica por la tarea y los objetivos a realizar. Determinados objetivos pueden ser encomendados a profesionales de una misma disciplina o a profesionales que proceden de campos profesionales y científicos distintos” (p. 11).

Esta autora (1999) considera que:

“el hecho de que profesionales de disciplinas diversas trabajen conjuntamente, no implica necesariamente que constituyan automáticamente equipos interdisciplinarios, sino que tan sólo podríamos hablar de multidisciplinariedad. Todo depende de los planteamientos y de los procesos de trabajo que los profesionales establezcan para que quede en una relación multidisciplinar o interdisciplinar” (p.11).

Es importante considerar diferentes términos que se utilizan cuando se habla de trabajo en equipo con cierta ambigüedad en su significado. Según Lourdes Gaitán existe cierta confusión con los siguientes términos:

- Interdisciplinar: Es la relación entre distintas disciplinas, el intercambio de saberes e, incluso la integración de conocimientos semejantes, obtenidos desde presupuestos teóricos y metodológicos distintos.

- Multidisciplinar: Es el estudio de los aspectos de un problema desde diferentes disciplinas. Busca comprender algo partiendo de múltiples puntos de vista. El conocimiento se enriquece por la concurrencia de teorías distintas.
- Interprofesional: Es la cooperación entre aquellos que dominan el conocimiento de distintas disciplinas y además ostentan los rasgos propios de “status” de una profesión.
- Multiprofesional: Es la consideración de un posible enfoque múltiple para la solución de problemas según la orientación selectiva de cada profesión.

Gaitán (1990) indica que un equipo de trabajo es el conjunto de especialistas que realizan funciones complementarias para llevar a cabo una tarea. Su actividad en común responde a algunas premisas, como el planteamiento de objetivos compartidos, la determinación de prioridades y la planificación de tareas comunes y específicas para conseguir ese objetivo, la comunicación multidireccional y fluida entre todos sus miembros, la asunción de responsabilidades propias y respeto a las ajenas, etc... (p. 290)

Un equipo de trabajo no es lo mismo que un grupo de trabajo. El equipo es el espacio, definido institucionalmente, del trabajo conjunto entre profesionales diversos.

Los resultados que se pueden conseguir van a depender, no sólo del grado de preparación de cada cual en su materia concreta, sino también de la medida en que se sepa comunicarla. De esta manera, se obtiene una visión integrada de aquello sobre lo que se pretende actuar y de lo que se debe hacer, de modo que el éxito dependerá de la capacidad de trabajar cooperativamente en grupo. (Ferro, 2004, p. 290).

## **6.2. La importancia de lo interdisciplinar en materia de drogodependencias.**

Aunque a lo largo de este capítulo se recogen opiniones y puntos de vista de diferentes autores con respecto a los términos de interdisciplinar y multidisciplinar, tras las observaciones de L. Gaitán en el anterior capítulo, “se entiende mejor que los equipos

de trabajo y las actuaciones que se llevan a cabo en la mayor parte de los dispositivos de atención a drogodependientes sea denominado “interdisciplinar” siendo éste el modelo de trabajo en equipo, que hoy por hoy, se considera el más idóneo en el ámbito de las drogodependencias”. (Gutiérrez, 2007, p. 206)

Siguiendo con el Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid se recoge que todo paciente debe ser valorado interdisciplinariamente, es decir valorado desde las diferentes áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional, de tal manera que pueda realizarse una evaluación del paciente. (Protocolo, 2012, p. 22)

En lo que respecta al área social, como se especificó en el anterior capítulo, el trabajador social recaba los datos y la información necesaria para poder realizar un diagnóstico social del paciente. Todo este estudio y diagnóstico social será aportado por el trabajador social, posteriormente, al resto del equipo para poder realizar la evaluación multidimensional del paciente y el diseño del programa personalizado de intervención.

Este estudio y diagnóstico social debe incluir información relativa del propio paciente y a su medio familiar y social (su entorno). Se trata de una síntesis de las características del sujeto, reflejando la dimensión de la situación problema y las necesidades sociales.

El instrumento fundamental que utiliza el Trabajador Social es la Historia Social, que recoge la información inicial e imprescindible para una primera valoración, otras informaciones complementarias que permiten, en un proceso dinámico, mantener actualizada la información sobre el paciente durante el tratamiento.

El Trabajador Social tiene que considerar aspectos o variables sociales que pueden suponer un riesgo de exclusión y la relación de ellas con el consumo del paciente, ya que el problema de la drogodependencia suele estar relacionado con otro tipo de dificultades del entorno.

Algunas de estas variables a investigar especialmente por el trabajador social son aquellas que tienen que ver con la situación familiar, trayectoria formativa-laboral, red social, etc... tal y como se ha indicado en el anterior capítulo, apartado 5.5. “Drogodependencias y Trabajo Social”.

Moix (1991) también señala que “el Trabajo Social se ha tenido que implicar crecientemente en el tratamiento de la drogadicción, y no solo ocupándose de los drogadictos, sino también de sus familias”. (p. 557)

“Lo importante es que los profesionales se convenzan de que cualquier periodo por corto que sea, de abstinencia es un paso adelante y representa, en aspectos relevantes algo muy positivo para el propio adicto, para su familia y para la comunidad”. (Moix, 1991, p.558).

Desde esta reflexión, Moix aporta la perspectiva interdisciplinar, al incluir a diferentes profesionales en la intervención con el drogodependiente.

Ferro (2004) distingue ventajas y desventajas del trabajo en equipo, y el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2011), considera también unas ventajas en el trabajo interdisciplinar tanto para el paciente como para los propios profesionales, que se detallan conjuntamente en la siguiente Tabla:

Tabla 6.1.: Ventajas y Desventajas del Trabajo en Equipo		
Según Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid	Según Ferro	
Ventajas	Ventajas	Desventajas
<p>Posibilita contemplar la problemática a tratar de manera más global, no parcializada, lo que mejora la comprensión de la situación, facilitando un intercambio enriquecedor de experiencias y generando sinergias que revierten en una mayor eficacia en las líneas de trabajo.</p> <p>Permite el establecimiento en común de los objetivos de la intervención, favoreciendo el progresivo ajuste de los mismos así como de las estrategias a utilizar y potenciando intervenciones en cada una de las áreas adecuadas a los diferentes momentos del proceso.</p> <p>Facilita la prestación de servicios de calidad, al estar todas las actuaciones coordinadas, siendo percibidas las intervenciones por el paciente como un “continuum” de tratamiento y no como parcelas aisladas, con las consiguientes implicaciones positivas en la mejora de la vinculación y fidelización del paciente.</p> <p>Los conocimientos y avances científicos que se producen en cada disciplina suponen, en una perspectiva interdisciplinar, un enriquecimiento de las estrategias de actuación globales, potenciando y facilitando el logro de objetivos.</p>	<p>Permite aportar más y mejores soluciones a los problemas.</p> <p>Cuando se requiere creación de ideas o recuerdo de información, es superior el equipo.</p> <p>Existe la posibilidad de que los errores individuales sean descubiertos y corregidos por los otros componentes del grupo.</p> <p>Existe una mayor riqueza en el análisis.</p> <p>Permite tomar decisiones más firmemente fundamentadas.</p> <p>Ayuda a los profesionales a hacerse cargo mejor de la angustia y de los riesgos reales.</p> <p>Con la conveniente división y coordinación del trabajo permite realizar tareas más complejas y de mayor alcance.</p> <p>La presencia de otras personas aumenta el rendimiento de los miembros.</p> <p>Permite una mayor autocritica, autoevaluación y autocontrol permanente.</p>	<p>Problemas de coordinación. Los grupos son lentos en comparación con los individuos. Esto es desfavorable y se complica si surgen conflictos interpersonales.</p> <p>La desindividualización en los grupos: Se produce una reducción de las fisuras internas y los miembros del grupo se sienten libres para actuar de una forma que no saldría al exterior en circunstancias normales. Son factores favorecedores del anonimato, la disolución de la responsabilidad, la facilitación social, desplazamiento de normas, etc...</p> <p>Presiones hacia la uniformidad.</p>

**Fuente:** Ferro , S. “Interdisciplinariedad y drogodependencias”. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 17. Madrid, 2004. y Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid (2011)

### **6.3. El Equipo Interdisciplinar en el ámbito de las drogodependencias**

Ya en 1973, el Professional Services de Veterans Administration realizaba tratamientos desde un equipo multidisciplinar donde se proporcionaban servicios de desintoxicación, consejos sobre salud mental, terapias de grupo, se formaban comunidades terapéuticas, se daba mantenimiento con metadona, antagonistas de narcóticos, consejo vocacional, Trabajo Social y consejo religioso. (Beneit et al., 2009, p. 82).

Para comprender la necesidad de la intervención en las drogodependencias desde un equipo multidisciplinar, habría que hacer un recorrido por las diferentes actuaciones en búsqueda de soluciones en base a la participación de tres elementos: “Agente-huésped-medio”, esquema utilizado para explicar la aparición de una enfermedad.

Utilizando este esquema para explicar la drogodependencia, se entenderá por “agente” la sustancia adictiva: alcohol, cocaína, heroína, etc...); el “huésped” es la persona que usa dicha droga y “medio” son aquellas circunstancias por las que el consumo de la sustancia se ha desarrollado.

Si se da mayor importancia al “medio”, cobran valor circunstancias como el paro, el progreso industrial, la marginación, el fracaso escolar, el bajo nivel cultural, etc... Es decir, este enfoque justifica la aparición del consumo de drogas, y el consumidor se sitúa como algo pasivo frente al problema exponiendo su malestar en la sociedad a través del consumo.

El conjunto de modelos transmite la imagen tripartita del ser humano en una parcela biológica, psíquica y social, lo que hace lógica la idea de asistencia por fases: Desintoxicación, rehabilitación y reinserción.

Esta forma de ver al ser humano en compartimentos estancos está en desuso, ya que en la actualidad se habla de factores que interactúan: interacción entre lo biológico, lo

psíquico y lo social sin darle un mayor peso a uno de ellos; aunque esto en la realidad no está tan claro, ya que hay una tendencia a priorizar lo clínico y a considerar como prioritario e importante lo médico y lo psicológico. Queda de esta manera en un segundo plano toda intervención social, al menos desde la experiencia del proponente en el trabajo diario como trabajador social en un centro de drogodependientes en la Comunidad de Madrid.

No obstante, siguiendo la línea de Beneit se constata lo importante de los tres aspectos con el mismo peso, en la rueda de prensa que el Dr. Francisco Pascual (<http://www.socidrogalchol.org/ultimas-noticias/206-adicciones,-un-problema-no-solo-médico.html>), con motivo de las Jornadas Nacionales de esta organización celebradas en Logroño el pasado 13 de Marzo de 2015, donde indica que “las adicciones no son exclusivamente un problema médico”, añadiendo que “las connotaciones sociales y psicológicas en los pacientes adictos representan una parte importante tanto en el origen como en las consecuencias de la enfermedad. Por ese motivo el enfoque biopsicosocial sigue siendo más válido si cabe hoy en día para analizar y realizar el tratamiento adecuado. Los problemas económicos, laborales, relacionales, de alimentación, de vivienda, etc., y las alteraciones de la conducta son además las causas que en muchas ocasiones originan la demanda de tratamiento”. El Dr. Pascual añade que “es el motivo principal de mantener una Sociedad Científica multidisciplinar en el que el papel de psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, investigadores básicos, maestros u otras profesiones afines, son imprescindibles para mantener un nivel óptimo en la atención, investigación y prevención de las adicciones”, refiriéndose a la sociedad Socidrogalcohol, del que él es vicepresidente.

Es por esto, que es la naturaleza biopsicosocial la que adquiere un mayor reconocimiento en la intervención con drogodependencias. Beneit (2009) señala las siguientes características:

- “Confluyen en los procesos de uso indebido de drogas variables, unas propias de las sustancias (propiedades químicas y físicas, mecanismos de acción, forma de administración, etc...); las referidas a un consumidor (momento evolutivo,



historia personal, estructura de personalidad, etc...), y al contexto propio de cada sujeto, entendido en un sentido amplio (aspectos culturales, legales y sociales, estilos de vida, estereotipos...).

- Existen interacciones entre los diferentes factores constituyentes (biológico, psicológico y social), y donde cada elemento afecta y es afectado a su vez por la totalidad.
- Cada una de las variables afecta de una determinada manera a cada persona. Pero esta situación no es estática, y sufre modificaciones constantes que van plasmando en cada momento una determinada situación concreta para cada individuo, lo que conlleva a diferentes configuraciones sociales.
- El problema de la drogodependencia es un problema individual que se ubica en un consumidor de drogas que se puede compartir o no con un colectivo las actitudes y las conductas, pero se dan desajustes sociales que afecta de tal manera a los drogodependientes que supera la línea individual, identificándose diferentes problemas sociales” (p. 84)

#### **6.4. Funcionamiento en Equipo Interdisciplinar**

Para un buen funcionamiento en la intervención de drogodependencias es necesario tener como base una intervención biopsicosocial desde un equipo interdisciplinar. Es importante que este equipo trabaje de manera estable y de continuidad con el fin de llegar a poder evaluar los resultados.

Como ya se ha señalado en epígrafes anteriores, el modelo más idóneo para el trabajo en equipo es el modelo interdisciplinar (Gutiérrez, 2007). No obstante, otro autor, Beneit (2009), considera al equipo de trabajo como multidisciplinar e indica sus requisitos:

- **Objetivos Comunes:** Se debe actuar al unísono en todas las intervenciones que se realicen, no con una meta rápida individual, sino de manera conjunta con unos plazos y unas prioridades según la situación de cada individuo, y contando con un sistema de evaluación adecuado.
- **Criterios unificados:** Es necesario que exista una actitud flexible y reflexiva en cuanto a las diversas alternativas de tratamiento y llegar al abordaje de unos objetivos comunes desde el equipo.
- **Roles definidos:** Es fundamental asumir y recoger las funciones y las responsabilidades de todos los miembros del equipo. Es importante saber en qué área debe actuar cada profesional para no caer en duplicidades o en situaciones en que no intervenga nadie. Es necesario que el equipo permanezca unido a la hora de intervenir y no generar contradicciones en el grupo de pacientes, ya que esto supondría un desequilibrio en la intervención integral de cada individuo.
- **Bases de información y canales de comunicación:** Es importante recoger la información de una manera estructurada y adecuada para que todos los miembros del equipo puedan acceder a ella de una manera rápida y eficaz. Cada valoración realizada por cada miembro del equipo tiene que ser plasmada en un instrumento que permita su acceso y se pueda elaborar de manera rápida la estrategia de intervención que conduzca al equilibrio en cada caso. Las reuniones de equipo son fundamentales y suponen el núcleo vital del trabajo interdisciplinar para tratar los temas de infraestructura, secciones clínicas o planificación y organización.
- **Dedicación y exigencia equiparada:** En todo equipo debe favorecerse la unidad y la cooperación. Si hay situaciones individuales que denoten diferencias entre los distintos miembros, derivarán en ambientes de tensión interna que desequilibrarían al grupo.

Con respecto a las condiciones para el desarrollo de un equipo interdisciplinario, Rossell (1999) considera las siguientes:

- El equipo interdisciplinario ha de tener un marco institucional que determine o que permita el trabajo de equipo ya que éste no puede desarrollarse en un medio adverso.
- Los equipos interdisciplinarios que operan en el contexto de los servicios personales han de poseer una base ideológica explícita que oriente sus objetivos hacia finalidades compartidas.
- Los miembros del equipo han de estar motivados para participar en esta modalidad de trabajo.
- El equipo debe estar orientado hacia sus objetivos.
- Para el equipo interdisciplinario es imprescindible la figura del coordinador cuya función principal es conducir la dinámica del grupo, coordinar las funciones de los miembros, anticiparse y prevenir posibles conflictos, etc...
- Cada profesional tiene que aportar al equipo los conocimientos de su disciplina.
- Los participantes deben estar motivados por el trabajo común, por conocer las funciones de los demás y para establecer cooperación y límites en las respectivas funciones.
- El trabajo en equipo exige flexibilidad, paciencia y la tolerancia necesaria para aceptar el resultado del trabajo como un producto del equipo.
- Trabajar en equipo requiere un proceso de aprendizaje, de complementación de tareas con los otros que debe ser analizado y revisado a través de la supervisión. (p. 14-15)

En la siguiente Tabla (Tabla 6.2.) se recogen los aspectos de Beneit y de Rossell, a modo de comparativa:

<b>Tabla 6.2.: Requisitos del Equipo Interdisciplinar, según Beneit y Condiciones para el desarrollo del Equipo Interdisciplinar, según Rossell.</b>		
<b>Objetivos Comunes:</b>	Intervenciones de manera conjunta	Base ideológica explícita que oriente sus objetivos hacia finalidades compartidas
<b>Criterios unificados:</b>	Actitud flexible y reflexiva	Flexibilidad, paciencia y tolerancia
<b>Roles definidos:</b>	Funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo	Cada profesional aporta al equipo los conocimientos de su disciplina.
<b>Bases de información y canales de comunicación:</b>	Acceso a la información de manera ordenada y accesible	Imprescindible la figura del coordinador para conducir la dinámica del grupo, coordinar, anticiparse y prevenir conflictos, etc...
<b>Dedicación y exigencia equiparada:</b>	Unidad y cooperación entre todos los miembros del equipo	Motivación por el trabajo en común, conocer las funciones de los demás, y establecer cooperación.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Beneit et al., 2009 y Rossell, 1999.

Como se puede observar en la tabla, tanto un autor como otro, aportan similitudes en el desarrollo de las requisitos y/o condiciones para el desarrollo de un equipo interdisciplinar.

Rossell (1999) considera que “la idea de equipo interdisciplinar comporta siempre un grado determinado de participación, implicación y responsabilidad sobre los objetivos a conseguir, por parte de los miembros que lo componen, y un determinado grado de delegación de autoridad por parte de la estructura organizativa a la cual pertenece el equipo. La interdisciplinariedad comporta un cierto grado de integración conceptual y metodológica que rompe la estructura de cada disciplina para construir una epistemología nueva” (p. 11).

De esta manera, Ander Egg y Follari (1988) consideran que “la interdisciplinariedad – alcanzar una conjunción teórica nueva, más allá de las particularidades de las disciplinas que intervienen- sólo puede conseguirse a través de equipos compuestos

por representantes de diferentes disciplinas reunido en una tarea a largo plazo que posibilite la conceptualización y la creación de un lenguaje común”.

Siguiendo en la misma línea, Rueda (1992) concreta el equipo interdisciplinario como “el conjunto de profesionales diferentes, enfrentados a un objetivo común, igualados en el momento de efectuar sus aportaciones pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden ofrecer, y capacitados para reorganizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema que tienen que tratar”.

En el caso de Leal (1994) cree en la necesidad de trabajar en equipo enfatizando el aspecto científico y ético de esta modalidad de trabajo: “El equipo de trabajo, muy frecuentemente de composición multidisciplinaria, es el tipo de organización de los profesionales”.

En la siguiente tabla, se detallan algunas de las características del equipo interdisciplinario que indica Rossell (1999):

<b>Tabla 6.3.: Algunas características del equipo interdisciplinario (Rossell, 1999)</b>
Reunir a todos sus miembros alrededor de un objetivo común.
Cada miembro tiene unas funciones y tareas designadas que realizará desde la filosofía y el objetivo común del equipo.
El equipo establece una estructura formal, organización y normas de trabajo, que son conocidas y aceptadas por todos los miembros.
La presencia de un coordinador, es una función indispensable para que el equipo pueda funcionar como tal.
El trabajo del equipo interdisciplinario se desarrolla dentro de un marco institucional y en un contexto social determinado.

**Fuente: Rossell, 1999 (p. 12-13).**

Tras unas pinceladas sobre la importancia del equipo interdisciplinar y la necesidad de hacer un buen trabajo en equipo, Friedlander (1985) considera que:

“Una característica del Trabajo Social actual es su compromiso a trabajar en equipo con otras profesiones. Debido a que los trabajadores sociales derivan sus conocimientos del concepto del sociólogo acerca del proceso social, del conocimiento del científico político sobre gobierno y administración, de la comprensión del psicólogo sobre la conducta humana y las funciones mentales, de la comprensión del antropólogo de factores culturales y diferencias de personalidad, del conocimiento del experto en genética e influencias hereditarias, de la comprensión del economista respecto al proceso de nuestra economía, del reconocimiento del psiquiatra de la enfermedad y la salud emocional, y de las observaciones del filósofo de las funciones físicas y nerviosas, combinan su labor con la de las otras profesiones. El enfoque interdisciplinario, la cooperación de varias profesionales en la prevención de condiciones patológicas en los individuos y en los grupos, y en el proceso de tratamiento de éstos, promete progresos adicionales en los resultados del diagnóstico y la curación” (p. 594).

En el Protocolo elaborado por trabajadores sociales de la ciudad de Madrid (2012) hacen mención a lo recogido en el Plan de Adicciones de la misma ciudad 2011-2016 (Ayuntamiento de Madrid, 2011) indicando que “el origen multicausal de las drogodependencias y las diversas áreas y facetas personales que se ven afectadas por las drogodependencias, hacen necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales, de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente” (p. 5).

El proceso llevado a cabo por los equipos de tratamiento de los Centros de Drogas de la ciudad de Madrid se concreta en aunar las aportaciones de las distintas áreas profesionales, de modo que no se plantean intervenciones compartimentadas, sino que se articulan en un proceso dinámico, flexible y personalizado, ajustándose a las necesidades de cada individuo y a las diferentes situaciones que se plantean en las distintas fases del proceso de intervención. Esto se realiza a través de una evaluación continúa de cada paciente.

Justifican la elaboración de su protocolo desde la complejidad de la intervención interdisciplinar con el fin de facilitar la coordinación en la intervención terapéutica conjunta. Pretenden pues, definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, con el fin de ofrecer una intervención interdisciplinar de calidad. (Protocolo, 2012, p. 5)

### **6.5. El rol de los profesionales del equipo interdisciplinar**

Como se viene señalando en este capítulo y así lo señala Gutiérrez (2007), “se considera muy importante trabajar con un equipo interdisciplinar en el cual profesionales que abarquen varias ramas del conocimiento puedan implementar sus labores profesionales juntos, de modo que podamos tener una perspectiva interdisciplinar de la problemática a la que nos debemos enfrentar. Esto permite poder observar y analizar los hechos desde ángulos variados para que, de esta forma, podamos contar con puntos de vista distintos y que cada profesional brinde sus propios conocimientos, enriqueciendo a todo el equipo, con el objeto de conseguir entre todos una conceptualización de los hechos y de los posibles abordajes”. (p. 171).

Este autor considera, que aun siendo conscientes de las posibles variaciones que los equipos de trabajo pueden tener dependiendo de múltiples factores, los integrantes de estos equipos multidisciplinarios suelen ser: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, educadores sociales y maestros. (Gutiérrez, 2007, p. 172).

Es de gran utilidad la distribución que presenta Rodríguez Castrillón, L.E., 2005 recogido en Gutiérrez (2007) sobre las distintas áreas de trabajo y la preparación profesional (Tabla 6.4.):

<b>Tabla 6.4.: Distintas áreas de trabajo y preparación profesional</b>	
<b>Área</b>	<b>Preparación académica</b>
Sanitaria	Médico/a, DUE, Psicólogo/a, Maestro/a
Dirección / Coordinación / Gestión	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a.
Gestión / Administración	Administrativo
Incorporación social	Trabajador/a Social, Educador/a, Psicólogo/a.
Psico-social Incorporación socio-laboral	Psicólogo/a, Médico/a, Monitores Talleres, Educador/a, Técnico Empleo, Trabajador/a Social.
Formación	Técnico oficios, Educador/a, Psicólogo/a, Pedagogo/a, Maestro/a.
Empresas de inserción	Gerente, Tutor laboral, Técnicos de producción, oficiales, administrativo/a.

**Fuente: UNAD (2005) recogido en Gutiérrez (2007).**

Gutiérrez (2007) considera que el concepto de “incorporación social” es “como todas aquellas acciones e intervenciones encaminadas a facilitar y posibilitar que la persona pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales con autonomía, asumiendo un papel protagonista en su propio proceso de socialización, participando de forma activa y crítica en su entorno” (p. 178).

Según Beneit (2009) los determinantes de la práctica profesional se reflejan por tres elementos:

- 1.- La entidad del campo al que se aplica (la drogodependencia).
- 2.- La entidad de la actuación que se desarrolla (característica de los abordajes, desintoxicación, asesoramiento psicológico, etc...).



3.- Entidad del propio ejercicio profesional, configurada a partir de los derechos y deberes que regulen la profesión (deontológica y por las expectativas del rol adjudicadas, asumidas) (p. 86).

El requisito interdisciplinar es básico para la intervención y cada vez más se asiste a un intento de profundizar en la formación y en la praxis de equipos multidisciplinares.

La etiología multicausal de las drogodependencias, al igual como la gran diversidad de los efectos asociados a las mismas, produce que el tratamiento de elección sea realizado por profesionales de diversas áreas.

Es necesaria la coordinación de las intervenciones con cada drogodependiente y familiares.

Destacar lo mencionado por Gutiérrez Resa (2007), “siempre que exista trabajo en equipo, se hace preciso contar con una metodología específica que permita a los trabajadores sociales mejorar la eficacia y eficiencia en la tarea. A continuación se exponen una serie de claves metodológicas que parecen de utilidad y que fueron elaborados en 1996 por la Taula de Coordinació dels Serveis Personals del Districte del Ayuntamiento de Barcelona y que aparecen recogidas en el documento “El Treballador/a Social dels Serveis Socials D/Atenció Primària Polivalent a l’Ajuntament de Barcelona”, a saber:

- Cada profesional que participe en un equipo debe subordinar sus objetivos específicos a los objetivos concretos de la cuestión que se trate, que serán comunes a todos los profesionales y que deberán estar claramente explicitados.
- Es preciso establecer un conjunto de normas constitutivas de un marco metodológico que permita la consecución de los objetivos fijados.
- Entre las normas de trabajo explicitadas, es conveniente señalar, de manera específica, cuatro aspectos:

- Qué miembro del equipo va a ser el referente del proyecto de intervención que se trate y cómo va a asumir la función de coordinación del conjunto de actuaciones profesionales a realizar. Este miembro velará por la articulación de las diferentes intervenciones existentes y por el cumplimiento de los acuerdos decididos por el equipo.
- Cuáles son las tareas y compromisos que asumen individualmente cada miembro del equipo, y que definen su responsabilidad.
- De qué forma, las actuaciones de cada uno de los profesionales implicados, se coordina y complementa con la del resto del equipo para garantizar la unidad del proyecto de intervención.
- La definición y articulación del sistema de evaluación de resultados que se utilizará". (p. 206).

Beneit (2009) considera que las actividades a desarrollar se realizan por áreas de intervención. En el anterior capítulo se ha descrito ampliamente las funciones y actuaciones del trabajador social, en las intervenciones de carácter social, en el ámbito de las drogodependencias dentro del equipo multidisciplinar.

Además del área social, en el ámbito de las drogodependencias cobra especial interés las áreas psicológica y sanitaria. A continuación se desarrollará las actuaciones de dichas áreas:

- **Área Psicológica:**

En esta área participa el psicólogo del equipo. En ella se detectan los déficits psicológicos que pueda presentar el drogodependiente y funcionar su funcionalidad en la aparición del problema y en las posibles recaídas. Se realizan intervenciones psicológicas para los trastornos asociados al consumo, como puede ser: depresión, ansiedad y bajo autocontrol. En ocasiones, hay que hacer terapias más específicas en aquellas parcelas que sean vitales de intervención: terapia de pareja, habilidades sociales, etc...

Las actividades a realizar son:

- Valoración del estado psicológico actual de los sujetos y recogida de información sobre antecedentes psicológicos familiares.
- Datos de la historia personal del sujeto.
- Datos relevantes de la historia del consumo.
- La detección de psicopatología y patología mental asociada.
- Apoyo psicológico para el mantenimiento de la motivación hacia el tratamiento.
- Información relativa a la modalidad de tratamiento más adecuado al caso (nivel de motivación, capacidad de control de consumo, etc...).
- Tratamiento de aspectos disfuncionales que sustentan las drogodependencias: baja autoestima, estados depresivos, ansiedad, impulsividad, intolerancia a la frustración, déficit de afrontamiento y resolución de problemas, dificultades en la comunicación.
- Facilitación al usuario de técnicas para el autocontrol y resolución de conflictos.
- Entrenamiento inhabilidades sociales.
- Prevención, detección y tratamiento de las recaídas.
- Apoyo psicológico y atención a conflictos emocionales que presentan los usuarios con VIH/SIDA.
- Valoración de la dinámica y relaciones familiares.
- Estructura y dinámica familiar en relación a las drogodependencias. Modificación de aspectos disfuncionales.
- **Área Sanitaria:**

En esta área interviene el médico y el enfermero. Desde esta área se realiza una valoración global del estado de salud física por medio de analíticas, revisión física y anamnesis. Se determinan los hábitos relacionados con la salud y la historia del consumo de drogas.

También es necesaria una revisión psiquiátrica de la salud mental del sujeto (esta referencia a la psiquiatría se ampliará más adelante), control de la medicación anterior y de la prescrita en el proceso de tratamiento de la dependencia, desintoxicación física de la droga de la que depende, control toxicológico mediante analíticas de las drogas ilícitas, además del mantenimiento de la abstinencia, si es necesario, apoyado por agonistas como la naltrexona. También debe procederse a la vacunación de seronegativos de la hepatitis B.

Una valoración adecuada del área sanitaria pasa por recoger la información que se estime relevante con el fin de conocer el estado orgánico del sujeto, y concretamente, aquellos factores que puedan condicionar la modalidad de tratamientos a desarrollar (enfermedad infecto-contagiosa en fase activa, minusvalías que limiten determinados recursos,...).

Dentro de esta área también se tiene en cuenta lo siguiente:

- Realización de controles toxicológicos regulares para determinar la presencia de drogas de abuso en la orina.
- Establecimiento de pautas farmacológicas y seguimiento en la fase de desintoxicación.
- Inducción y tratamiento con naltrexona.
- Facilitación de consejo médico y pautas de salud en relación a hábitos higiénicos, alimentación, relaciones sexuales, etc...
- Derivaciones pertinentes a otros equipos sanitarios.
- Seguimiento médico periódico.
- Facilitación a usuarios y familiares de pautas de manejo de la infección por VIH/SIDA.
- Coordinación con los profesionales de la red sanitaria general.
- Establecer pautas de desintoxicación a seguir con cada paso, que pueden ser:
  - Desintoxicación ambulatoria.
  - Desintoxicación domiciliaria.
  - Desintoxicación hospitalaria.
  - Autodesintoxicación por reducción progresiva de la dosis.

A continuación se destaca el paralelismo establecido por Las Heras y Cortajarena (1979, p. 176-177), de los rasgos diferenciales entre la función de los asistentes sociales y la de otros profesionales de la Acción Social: (Ver Tabla 6.5.)

<b>Tabla 6.5.: Rasgos diferenciales entre la función de los Asistentes Sociales y la de Otros Profesionales</b>	
<b>Profesionales Asistentes Sociales</b>	<b>Otros Técnicos Profesionales</b>
1.- No le compete específicamente ninguna de las áreas de la relación necesidades-recursos en el ámbito de la Acción Social, pero están presente en todas ellas: sanidad, educación, urbanismo, etc...	1.- A cada profesional compete un área de la relación necesidades-recursos y en ella se inserta de forma especializada: sanitarios, arquitectos, enseñantes, etc...
2.- Aun hallándose inserta especialmente en una de las áreas de la Acción Social, actúa dentro y fuera de su marco, relacionándolo con el exterior, y a su vez, relacionando unas áreas con otras.	2.- Actúa dentro del marco del área y profundiza cada vez más en la propia área, sin intervenir en otras áreas. Un profesional puede estar presente en el campo de otra área, por ejemplo, el médico que practica medicina escolar.
3.- Se actual sea el área en que actúe, su intervención en la Acción Social se orienta a todos los aspectos de la relación necesidades-recursos, viéndose obligado a estudiar y tratar el conjunto de ellos: materiales, sociales, humanos, e institucionales; interrelacionándolos y potenciándolos.	3.- A cada profesional compete un solo aspecto de la relación necesidad-recursos. Ejemplo: economistas, sociólogos, antropólogos, etc...

**Fuente: Las Heras y Cortajarena (1979)**

“La interdisciplinariedad se desarrollará a través de mecanismos de formación de los trabajadores sociales y a través del aumento de posibilidades de compartir situaciones concretas de trabajo con otros profesionales” (Acebo, 1992, p.48)

Acebo (1992) continúa señalando que “el trabajo en equipo es ya una realidad, aunque aún con mucha necesidad de mejora, tanto en aspectos metodológicos, como técnicos y relacionales. El descubrimiento y/o desarrollo de la interdisciplinariedad puede darse tanto en el seno de equipos institucionales (los formados como equipo por encargo de una institución para desarrollar un trabajo determinado), como de equipos funcionales o interinstitucionales (los formados por profesionales de distintos departamentos o instituciones para dar repuesta a una tarea concreta y compartida)” (p. 49).



# **SEGUNDA PARTE:**

# **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO**





## **Capítulo 7:**

### **Planteamiento de la investigación**

#### **7.1. Objetivos del estudio.**

A continuación se detallan los objetivos del presente estudio:

1. Conocer las funciones principales de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones en la Comunidad de Madrid.
2. Explorar el tipo de coordinaciones que se establecen entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales.
3. Analizar la relación que tienen establecida los trabajadores sociales con los Equipos de Trabajo.
4. Descubrir el grado de satisfacción de los trabajadores sociales en el desarrollo cotidiano de su trabajo y opciones de mejora.

5. Conocer cómo perciben a los trabajadores sociales el resto de profesionales en el ámbito de las adicciones.
6. Estudiar la utilización de los modelos de intervención en las áreas psicosociales de las drogodependencias.
7. Conocer los motivos por los que son necesarios los trabajadores sociales en el ámbito de las adicciones.
8. Examinar la opinión de los responsables políticos municipales con respecto a la figura del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias.
9. Averiguar la opinión de los responsables técnicos de los diferentes centros de drogodependencias objeto del estudio.

## **7.2. Hipótesis**

Las hipótesis del trabajo de investigación son las siguientes:

- 1.- La función principal atribuida a los trabajadores sociales en los centros de drogas está limitada a la gestión de recursos.
- 2.- La figura del trabajador social ha quedado fuera de los equipos de trabajo y tan solo atienden puntualmente demandas de información y asesoramiento.
- 3.- No existe un reconocimiento igualitario por parte del resto de profesionales que intervienen en los centros de drogas, y las coordinaciones apenas se producen.

4.- El trabajador social es necesario en los centros de drogas por diferentes motivos: complementariedad con el resto del equipo, interdisciplinariedad, aportaciones específicas propias de la profesión, etc...

5.- Existe una percepción residual del Trabajo Social, en tanto en cuanto que no se le atribuyen funciones propias de la profesión en el diseño de la intervención.

6.- La Relación de Ayuda y el Acompañamiento en los procesos de la persona son funciones propias y características de los trabajadores sociales.

7.- En los centros de drogas no hay un modelo consensuado de la intervención social / terapéutica, bien por desconocimiento teórico o bien por falta de indicaciones directivas o criterios difusos.

8.- El compromiso político con respecto al Trabajo Social queda mermado en la responsabilidad pública con los ciudadanos en general, y con los pacientes en particular.

9.- Los responsables técnicos no fomentan la implicación de los trabajadores sociales en los procesos terapéuticos, o por desconocimiento o por ajustarse a indicaciones políticas, quedando así, reducida la atención biopsicosocial en las personas drogodependientes, y no pudiéndose realizar un abordaje terapéutico integral.

### **7.3.- Metodología**

La presente Tesis, como ya se señaló en la introducción, consta de dos partes diferenciadas: la primera parte es el análisis bibliográfico en el que se realiza un recorrido por los principales precursores del Trabajo Social, el concepto de Relación de Ayuda y análisis de los más importantes modelos de intervención social. También se hace una presentación de la intervención social en los equipos integrales en el ámbito de las drogodependencias.

La segunda parte es el trabajo de investigación de campo en el que se analiza, como se indica en el título de esta Tesis, el papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios a los drogodependientes de la Comunidad de Madrid, y para ello se detalla a continuación, en este mismo capítulo, el contexto y los participantes del estudio y la fase de la recogida de datos, para después, en el siguiente capítulo, continuar con la descripción de los resultados; y las conclusiones y propuestas de futuro en el capítulo final.

### **7.3.1.- Contexto y participantes del estudio.**

El organismo competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad de Madrid, ha sido hasta Julio de 2015, la Agencia Antidroga. En esta fecha hay una reestructuración en el organigrama de la Comunidad de Madrid, y la Agencia Antidroga desaparece y asume sus competencias la Dirección General de Salud Pública, dependiente de la Consejería de Sanidad.

La Comunidad de Madrid, por tanto, dispone de centros distribuidos por toda la Comunidad en los que se realiza la atención básica al drogodependiente. Estos centros se denominan Centros de Atención Integral a Drogodependiente (CAIDs). Son considerados como sociosanitarios, son gratuitos y de carácter ambulatorio con acceso directo, en los que el único requisito para beneficiarse de sus servicios es residir en el área de influencia del centro correspondiente.

Las prestaciones de estos centros se agrupan en cuatro servicios esenciales: servicio de información y orientación; servicios de valoración, diagnóstico y plan terapéutico, servicio de seguimiento y control terapéutico y servicio de atención familiar.

En la actualidad<sup>13</sup>, el 96% de los ciudadanos que presentan un trastorno de dependencia a drogas atendidos en la Comunidad, realizan el tratamiento de su enfermedad en centros ambulatorios (CAID). Del total de los pacientes atendidos en el

---

<sup>13</sup> Disponible en: <http://www.madrid.org> [2014, 17 de febrero]

último año en los centros de la Agencia, un 35%, lo fueron en uno de estos cuatro centros propios de la Agencia Antidroga: CAID NORTE, CAID MOSTOLES, CAID SUR Y CAID ESTE.

Estos centros ambulatorios forman parte de la red asistencial de atención a drogodependientes de la región y tienen la posibilidad de derivar a los pacientes que lo precisen a otros servicios y centros residenciales, para continuar o apoyar su tratamiento. De esta forma, la Agencia Antidroga pone a disposición de los ciudadanos una red de atención a drogodependientes con una importante diversidad de servicios.

Además de estos cuatro centros propios de la Agencia Antidroga, hay otros que a través de los convenios de colaboración con las correspondientes entidades locales también realizan los tratamientos por el resto de la Comunidad de Madrid, que son:

1. CAID Vallecas.
2. CAID Alcalá de Henares.
3. CAID Alcobendas.
4. CAID Alcorcón.
5. CAID Aranjuez.
6. CAID Arganda del Rey.
7. CAID Collado Villalba.
8. CAID Colmenar Viejo.
9. CAID Coslada.
10. CAID Fuenlabrada.
11. CAID Getafe.
12. CAID Leganés.
13. CAID Majadahonda.
14. CAID Mancomunidad de los Pinares (San Martín de Valdeiglesias).
15. CAID Mejorada-Velilla.
16. CAID Parla.
17. CAID San Fernando de Henares.
18. CAID San Sebastián de los Reyes.
19. CAID Torrejón de Ardoz.

Además de estos centros mencionados anteriormente dependientes de la Comunidad de Madrid, el municipio de Madrid cuenta con 7 Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) y 3 Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias (CCAD) que se ubican en el Instituto de Adicciones pertenecientes al organismo de Madrid Salud de la Capital.

Desde los CAD se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso o dependencia del alcohol o de otras drogas.

En estos centros (CAD y CCAD)<sup>14</sup> y de manera similar en los CAID se realiza una valoración interdisciplinar del paciente. También se realiza:

- Un tratamiento integral, que además de abordar el propio consumo, contempla aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y ocupacionales.
- Intervenciones de reducción del daño y riesgos dirigidas a disminuir los efectos del consumo de drogas y conseguir mejoras en la salud cuando no se consigue la abstinencia.
- Intervención con las familias, tanto con las que acompañan a la persona directamente afectada, como con aquellas otras que solicitan ayuda sin que el consumidor haya decidido ponerse en tratamiento.
- Tratamientos farmacológicos, incluyendo la utilización de tratamientos con sustitutivos opiáceos como metadona.
- Derivación temporal a recursos externos de apoyo al tratamiento y a la reinserción social, que complementan y apoyan el trabajo realizado desde los CAD.

Los Equipos Técnicos de estos Centros de Drogas están formados por: Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros, Técnicos de Laboratorio, Auxiliares Sanitarios y Personal administrativo.

---

<sup>14</sup> Disponible en [www.madridsalud.es](http://www.madridsalud.es) [2015, 15 de julio]

El estudio pretende que los participantes de la investigación fueran todos los profesionales que trabajan en los diferentes Centros de Madrid ciudad y municipios de la Comunidad de Madrid.

Por todo lo anteriormente expuesto, el total de centros a los que se les ha ofrecido la participación en el estudio han sido: 23 CAID, 7 CAD y 3 CCAD, lo que hacen un total de 33 Centros de Atención a Drogodependencias, de tratamiento ambulatorio, de toda la Comunidad de Madrid. (Ver listado en Anexo 3)

Para la obtención del número total que conforma el universo objeto de este estudio de investigación se ha conocido que el número de técnicos de cada profesión es: 33 trabajadores sociales, 35 médicos, 67 psicólogos, (49 Psicólogos Clínicos y 18 Psicólogos sin especialidad en clínica), 30 educadores sociales, 64 enfermeros, 4 terapeutas ocupacionales, 4 farmacéuticos, y 10 auxiliares de clínica. Por lo que son un total de: 247 profesionales de las diferentes disciplinas.

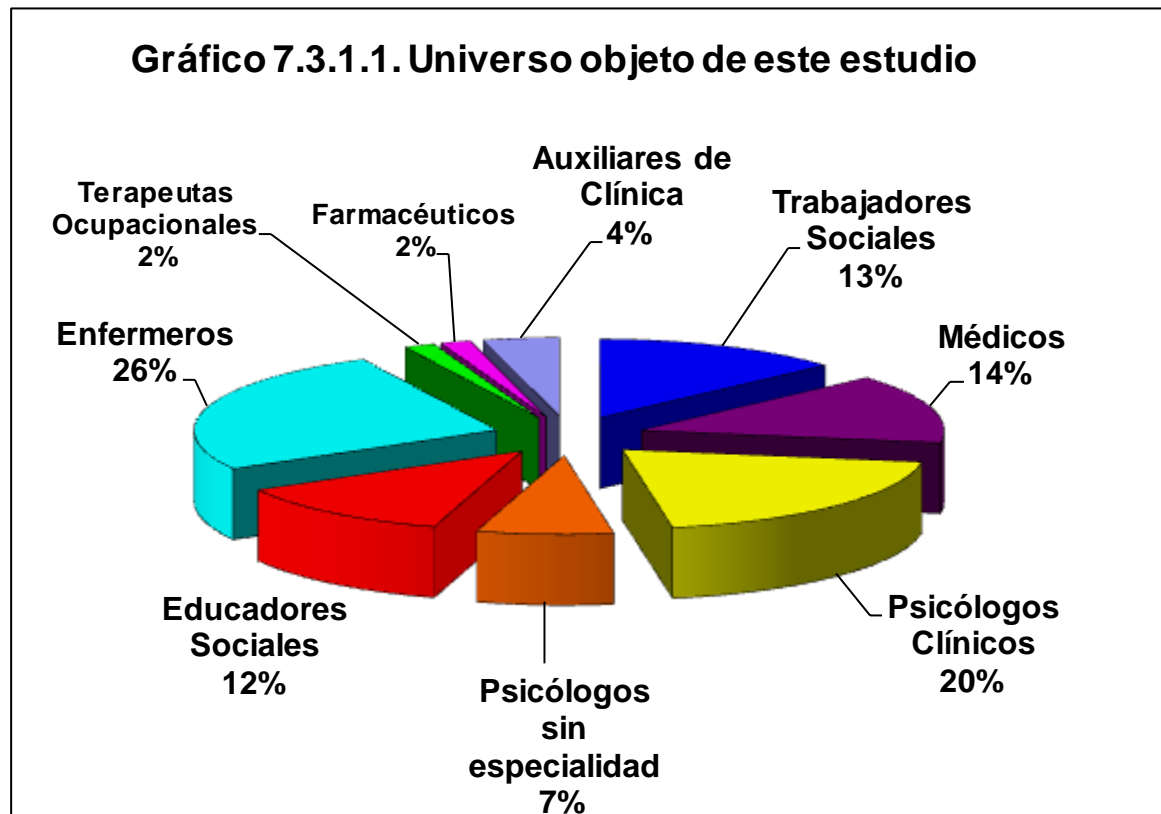
A continuación se detalla este desglose por profesiones en la Tabla 7.3.1.:

<b>Tabla 7.3.1. UNIVERSO OBJETO DE ESTE ESTUDIO</b>		
<b>PROFESIONES</b>	<b>NÚMERO DE PROFESIONALES</b>	<b>EN PORCENTAJES</b>
<b>Trabajadoras/es Sociales</b>	<b>33</b>	<b>13%</b>
<b>Médicas/os</b>	<b>35</b>	<b>14%</b>
<b>Psicólogas/os Clínicas/os</b>	<b>49</b>	<b>20%</b>
<b>Psicólogas/os sin especialidad</b>	<b>18</b>	<b>7%</b>
<b>Educadoras/es Sociales</b>	<b>30</b>	<b>12%</b>
<b>Enfermeras/os</b>	<b>64</b>	<b>26%</b>
<b>Terapeutas Ocupacionales</b>	<b>4</b>	<b>2%</b>
<b>Farmacéuticas/os</b>	<b>4</b>	<b>2%</b>
<b>Auxiliares de Clínica</b>	<b>10</b>	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia (Datos Memoria Agencia Antidroga y Madrid Adicciones)



Gráficamente quedaría de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia (Datos en porcentajes). (Datos Memoria Agencia Antidroga, 2013 y Madrid Adicciones, 2013)

Al personal administrativo, sin pretender obviar la labor tan encomiable que realiza, no se le ha dado el acceso a los cuestionarios de la investigación por la razón de que no forman parte de los equipos de trabajo, y por tanto no realizan intervención biopsicosocial con los pacientes de los centros de tratamiento.

Simultáneamente y con el objetivo de conocer y examinar la opinión desde otro punto de vista, que aporte luz a esta investigación, se ha ofrecido la participación también a los responsables técnicos de los diferentes centros de drogodependencias, contando con un total de 30 responsables de los centros que son de funcionamiento exclusivamente público (se han quedado fuera los 3 centros concertados).

También se ha tenido el convencimiento de saber la opinión y el posicionamiento con respecto al Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias, de los responsables políticos: desde la Comunidad de Madrid, contactando con la Dirección General de

Salud Pública, a la que pertenece actualmente la competencia en materia de drogas; desde Madrid Salud, en lo que respecta a la ciudad de Madrid; y desde los 19 municipios con los que la Comunidad de Madrid tiene conveniado el servicio de atención a los drogodependientes.

Aunque en un inicio, se planteó hacer extensivo el estudio a los usuarios-pacientes de los centros de atención integral, el interés del doctorando se ha centrado en analizar la opinión y la percepción que tienen los propios trabajadores sociales de su profesión y de su trabajo en el ámbito de las drogodependencias, así como el punto de vista de los otros profesionales, los responsables políticos y los responsables técnicos de los centros estudiados. El proponente considera que entrar en el análisis de los usuarios-pacientes supondría un trabajo de investigación con contenido propio, en sí mismo, y quizás pueda ser planteado en estudios futuros.

### **7.3.2. Fase de Recogida de Datos**

Para la elaboración del estudio, objeto de esta tesis se ha procedido de la siguiente manera:

**PASO 1:** Por un lado se cuenta con todos **los profesionales de los Centros** mencionados anteriormente, es decir, un total de 247 profesionales. Con el fin de perfilar el contenido de la información que se quiere obtener, se elaboran dos cuestionarios: uno específico para los 33 trabajadores sociales, de 33 preguntas y otro para los 214 técnicos de las otras profesiones, de 25 preguntas (Anexo 2).

Se pretende conseguir la información necesaria por parte de todos los profesionales implicados de una manera que resulte sencilla para ellos. Se decide elaborar los cuestionarios en una plataforma de “Google drive” que permite su distribución a través de las cuentas de correo electrónico de cada participante.

Durante dieciocho días se contacta telefónicamente con cada uno de los centros de atención a drogodependientes para poder obtener el listado de los correos electrónicos de los profesionales que trabajan en dichos centros.

Esta labor resulta algo ardua ya que, aunque en la mayoría de los casos, el acceso a cada centro se realiza a través del trabajador social de referencia sin obtener ningún tipo de problema, en algunas ocasiones, es necesario solicitar el permiso verbal del responsable coordinador o director del centro. Esto ralentiza el proceso y supone tener que realizar varias llamadas a un mismo dispositivo hasta obtener el permiso mencionado.

Es importante destacar que la participación en el estudio es voluntaria, y por tanto no todos los profesionales a los que se les ha ofrecido la participación en el mismo, la han aceptado. Es por este motivo, que el universo de la población ha quedado reducido.

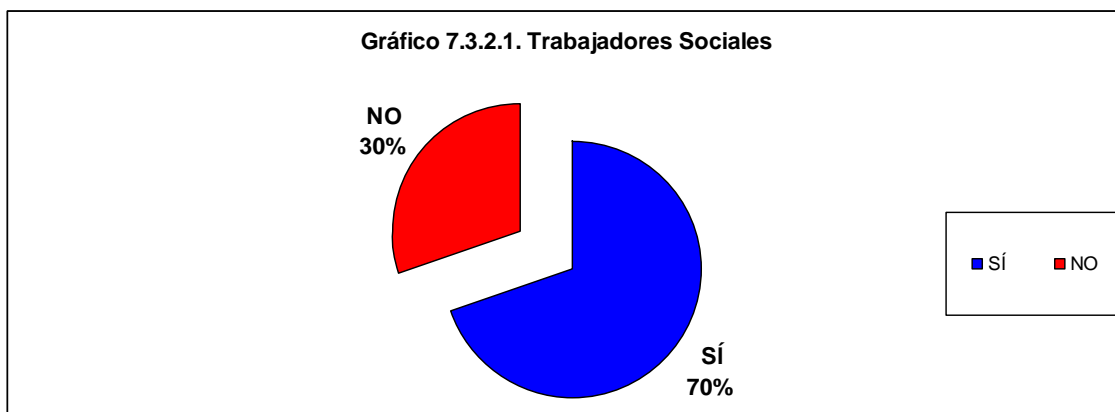
También, indicar que se produjeron varias incidencias en la fase de contacto con los diferentes centros, destacando la respuesta negativa en la participación de la encuesta, de al menos tres directores de tres centros, al observar que no se trataba de ninguna encuesta de ningún organismo oficial: ni Comunidad de Madrid, ni de ningún Ayuntamiento, ni Agencia Antidroga, etc..., si no que era un trabajo individual y personal; por lo que denegaron la participación en el estudio y por tanto, el bloqueo hacia el resto de profesionales de su dispositivo para que pudieran realizarla.

Una vez obtenido el listado de todos los profesionales que voluntariamente querían colaborar en el estudio de investigación se envió a través de la plataforma de Google-Drive los diferentes cuestionarios, discerniendo quién era trabajador social y quienes eran de otra profesión, y detallando en el cuerpo del mensaje del correo electrónico la información necesaria para su cumplimentación y las garantías pertinentes de confidencialidad y anonimato, con el correspondiente enlace para el acceso a la web donde se encontraba ubicado el formulario.

La plataforma utilizada ha permitido que se garantizara el anonimato de las respuestas de cada cuestionario, ya que aunque las cuentas de correo son nominativas y evidentemente, pertenece a una persona totalmente identificable, las respuestas se volcaban automáticamente a una tabla de datos tipo hoja de cálculo, de manera anónima sin posibilidad de identificar ningún dato obtenido con el nombre de ningún profesional. Tener la garantía del anonimato en las respuestas ha sido un factor importante por lo que la mayoría de los encuestados quería conocer el proceso de elaboración de la encuesta y la recogida de los datos.

Tras el envío de los cuestionarios a cada profesional, se dio un plazo limitado de 10 días para rellenarlos y pulsar el enlace que se adjuntaba.

Transcurrido ese plazo se observó que el número de respuestas era bastante inferior con respecto al número total de cuestionarios enviados, y teniendo en cuenta que en tres de los centros no había sido posible realizar el envío. Se recogieron 23 respuestas de los trabajadores sociales y 110 respuestas del resto de profesiones. En porcentajes, serían el 70% de los trabajadores sociales contestaron el cuestionario (Ver Gráfico 7.3.2.1); y el 51% del resto de profesionales hicieron lo propio (Ver Gráfico 7.3.2.2).

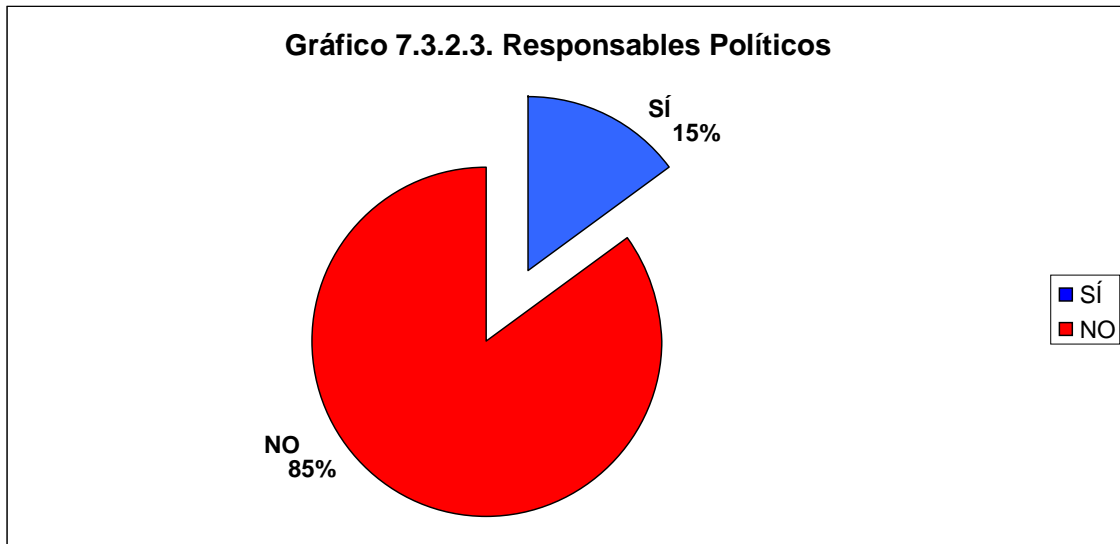


**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**PASO 2:** Un enfoque diferente puede ofrecer el conocimiento de la opinión de los **responsables políticos** tanto de la Comunidad de Madrid, como de los municipios donde existen Centros de Drogodependencias: 1 responsable de la Dirección General de Salud Pública, 1 responsable de Madrid Salud (Ciudad de Madrid) y 18 responsables políticos (dirigido a las 18 alcaldías de los municipios donde están ubicados los Centros de Drogodependencias). Para ello, se elabora un formulario adaptado al perfil de los políticos (Anexo 2) junto con la correspondiente carta de presentación (Anexo 1), con el fin de obtener los comentarios pertinentes, y poder proceder a su análisis. En total, se envían 20 cuestionarios a responsables políticos. La respuesta ha sido bastante escasa, ya que tan solo se han recibido 3 cuestionarios debidamente cumplimentados, es decir, que del total de cuestionarios enviados a políticos, tan solo se reciben el 15% (Ver Gráfico 7.3.2.3).

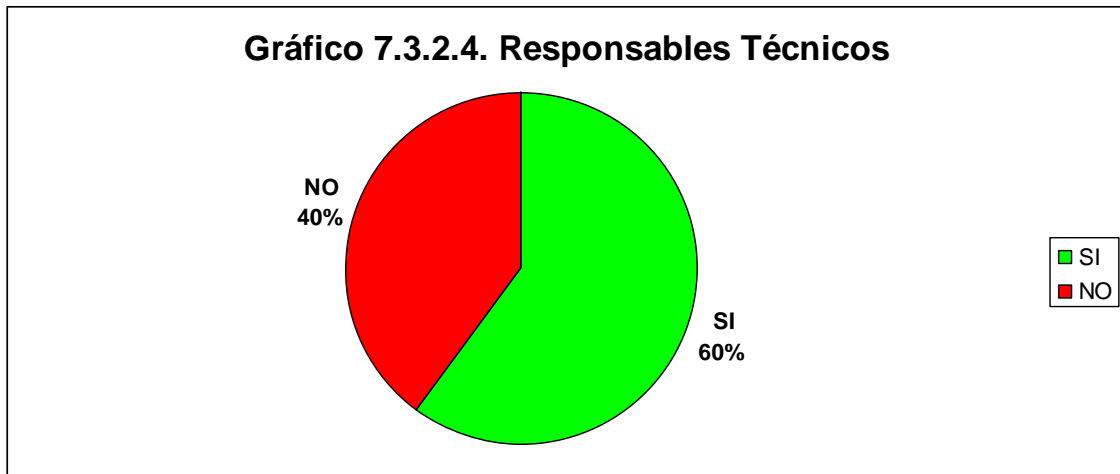


**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**PASO 3:** Importante tener en cuenta la opinión y los comentarios que podrían realizar al respecto de este estudio, los **responsables técnicos** de los diferentes Centros de Intervención. Para ello, se pensó en un primer momento en realizar una serie de entrevistas en profundidad que permitirían obtener toda la información de este sector, que siendo profesionales, ejercen un puesto de responsabilidad, en la mayoría de las ocasiones, de coordinación y autoridad con respecto a los Equipos Interdisciplinarios de Trabajo. Con el fin de concertar las entrevistas, el proponente realizó una batería de llamadas telefónicas esperando conseguir el contacto y la cita que permitiera la elaboración de la entrevistas en tiempo y forma, pero las respuestas fueron inmediatas y las negativas rotundas ante las dificultades de horarios, tiempos y disponibilidad con respecto a los puestos de responsabilidad que ocupan y alegando en todo momento la alta carga de trabajo al respecto. Verbalmente, accedieron a rellenar un cuestionario-entrevista, en el que se comprometían a rellenarlo y reenviarlo al proponente a través de correo postal.

De esta manera, se procede a solicitar en la Oficina de Correos un Apartado para la recepción de la correspondencia y se envía a los 30 directores/as de los Centros de Drogodependencias un formulario que se adjunta en el Anexo 2, con su correspondiente carta de presentación (Anexo 1).

La recepción de respuestas ha sido escalonada y, en cierta manera, escasa, ya que de los 30 cuestionarios enviados, se han recibido 18. En datos porcentuales, han contestado el 60% (Ver Gráfico 7.3.2.4.)



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

## **Capítulo 8:**

### **Descripción de los resultados**

#### **8.1. Introducción**

Tras este recorrido bibliográfico sobre el Trabajo Social, la Relación de Ayuda en esta profesión, los Modelos de Intervención Profesional, tanto a nivel más general, como los modelos interpretativos en materia de drogas, y el estudio de los Equipos de Trabajo Interdisciplinar en el ámbito de las drogodependencias, se pasa a presentar en este capítulo el Trabajo de Investigación realizado por el doctorando.

Este Trabajo de Investigación se ha centrado en recabar la opinión de trabajadores sociales y otros profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias sobre la figura de los trabajadores sociales en los centros ambulatorios de drogodependencias de la Comunidad de Madrid, y el papel que desempeñan dentro de los Equipos de Trabajo Interdisciplinar. También, se ha conseguido tener información sobre la opinión de los responsables políticos de diferentes concejalías de los municipios donde existen Centros de Drogas (Se adjunta listado de los centros de



drogas en Anexo 3); y además, se ha contado con la colaboración de responsables técnicos (directoras/es y coordinadoras/es de los Centros mencionados).

En primer lugar, el proponente se centrará en el análisis de los cuestionarios realizados por los trabajadores sociales, y posteriormente, en los realizados por otros profesionales, responsables políticos y responsables técnicos.

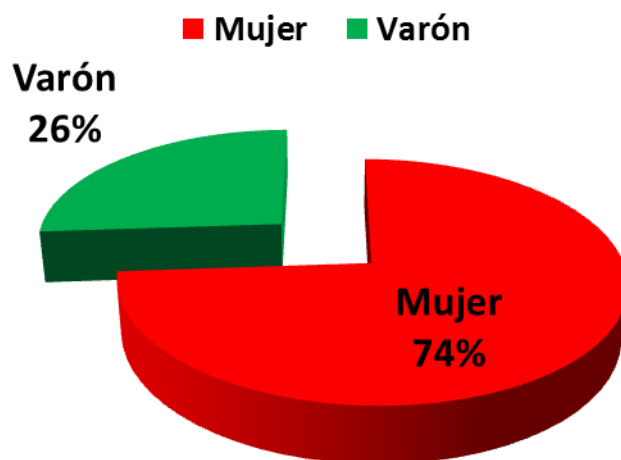
Los cuestionarios realizados figuran en el anexo de esta Tesis y fueron elaborados por el doctorando.

## **8.2. Trabajadores Sociales**

Como ya se ha especificado en el anterior capítulo, el universo con respecto a los trabajadores sociales que trabajan en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid asciende a 33 profesionales. De estos, han respondido 23, lo que representa, un 70% del total.

Con respecto al sexo de los trabajadores sociales que contestaron el cuestionario se observa un importante número de mujeres, 74% frente al 26% de hombres (Ver Gráfico 8.2.1.), lo que demuestra, como señala Pomar (2008) en su Tesis Doctoral, citando a Grassi (1989), “el porcentaje tan elevado femenino de la profesión y que a lo largo de la historia se ha mantenido desde el rol doméstico que se le ha caracterizado, afirmando como la sociedad demanda a la mujer como asistente social por prolongación de su rol doméstico (instinto maternal, mayor sensibilidad, ternura...). Aún hoy, la profesión no tiene una valoración social alta en términos de imagen ya que siempre se ha asociado a lo vocacional al igual que otras acciones de “ayuda a los otros” (p. 251).

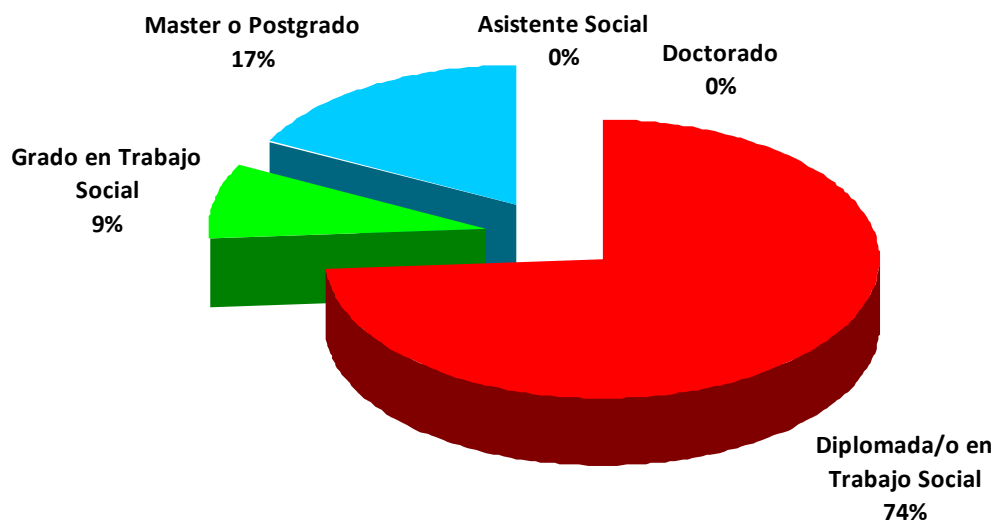
**Gráfico 8.2.1. Muestra en función del Sexo**



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

La titulación obtenida por los encuestados, en función de si son asistentes sociales o por el contrario, ya han obtenido la titulación universitaria de Diplomado/a en Trabajo Social (o Grado en Trabajo Social), con la posibilidad de que hubieran adquirido una mayor formación universitaria obteniendo el título de master o doctorado, se detalla a continuación.

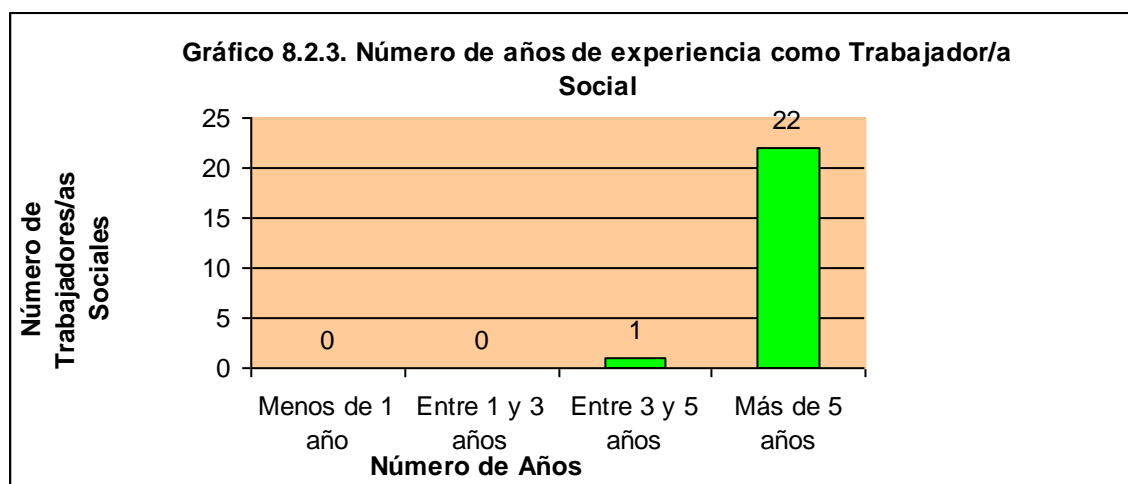
**Gráfico 8.2.2. Titulación obtenida**



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Se puede observar que no consta en la muestra ni Asistentes Sociales ni Doctores de Trabajo Social. El porcentaje mayor corresponde a los Diplomados en Trabajo Social (74%), en referencia a los que han cursado un master o postgrado, consta un 17%, y tan solo un 9% han adaptado su formación al Grado en Trabajo Social.

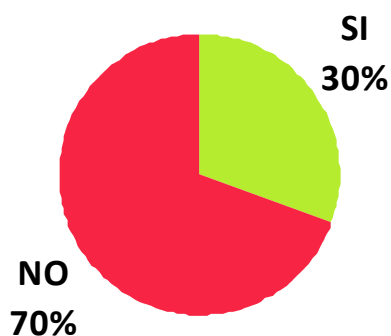
Con respecto al número de años de experiencia como Trabajador/a Social, como se observa en el Gráfico 8.2.3, todos tienen más tres años de experiencia, y concretamente 22 de los 23 trabajadores sociales (lo que equivale a un 95,7%) tienen incluso más de cinco años.



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

A la pregunta de si el encuestado ha trabajado en toda su carrera profesional en el ámbito de las drogodependencias, tan solo un 30% ha trabajado siempre, y un 70% ha realizado trabajos en otros ámbitos.

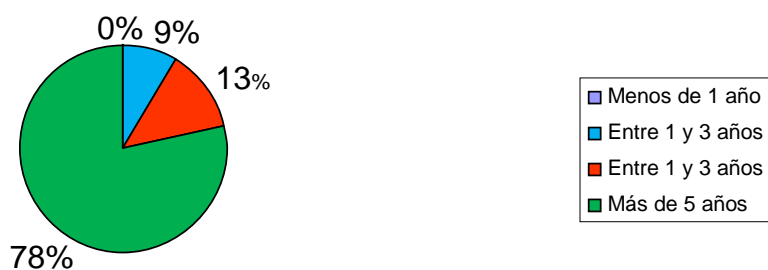
**Gráfico 8.2.4. ¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?**



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

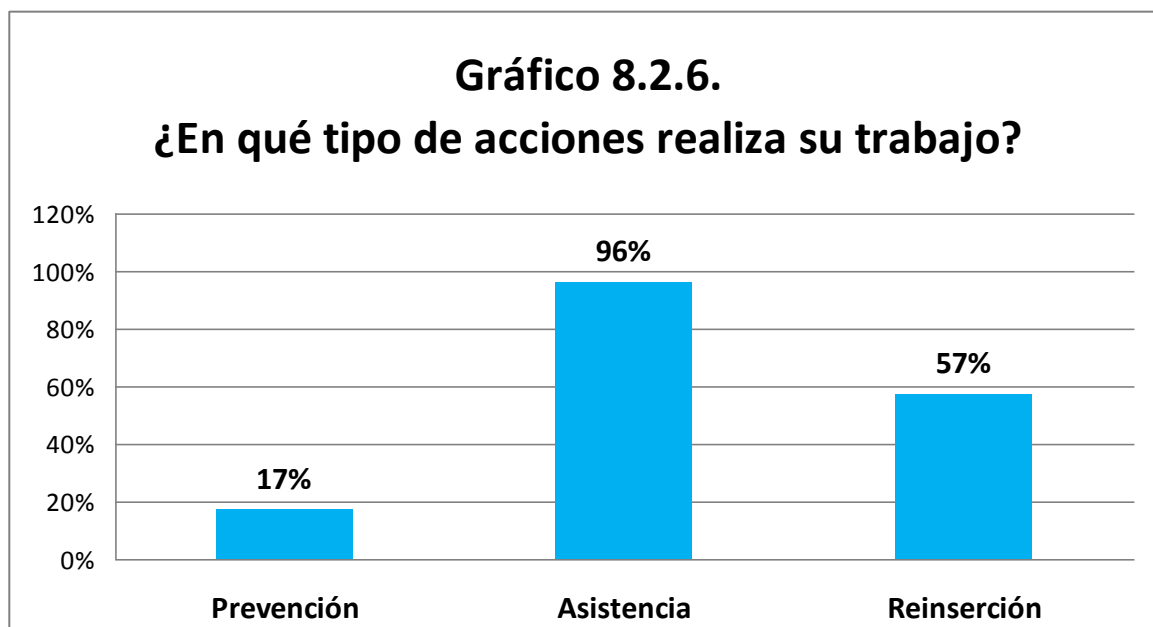
El tiempo trabajado en el ámbito de las drogodependencias ha sido en un 78% de los encuestados, de más de cinco años, y todos los encuestados han trabajado más de un año, como se observa en el siguiente gráfico:

**Gráfico 8.2.5. Número de años trabajado en el ámbito de las drogodependencias**



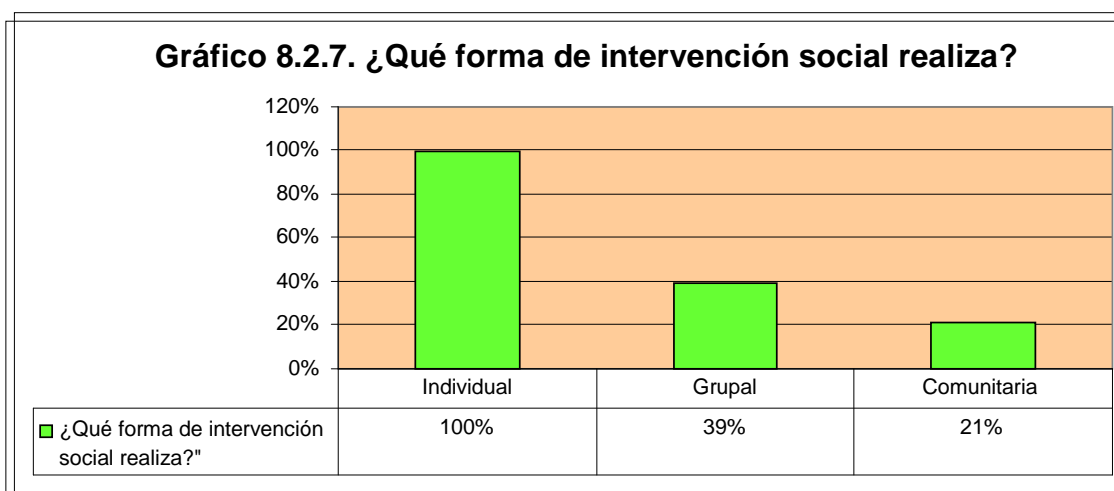
Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Dentro de las tareas que el trabajador social puede realizar en el ámbito de las drogodependencias, prevención, asistencia y/o reinserción, la mayoría de los encuestados contestaron que trabajan en la asistencia (Gráfico 8.2.6.). Este dato constata que los centros de drogodependencias de la Comunidad de Madrid, centran la atención en la asistencia y escasamente en alguno de ellos se puede trabajar la prevención. La reinserción es una fase en la que se podrá intervenir en la medida que el tratamiento puramente asistencial evoluciona favorablemente, es decir, si se consigue una desintoxicación del paciente y una deshabituación a las sustancias tóxicas-problema será posible completar el ciclo terapéutico.



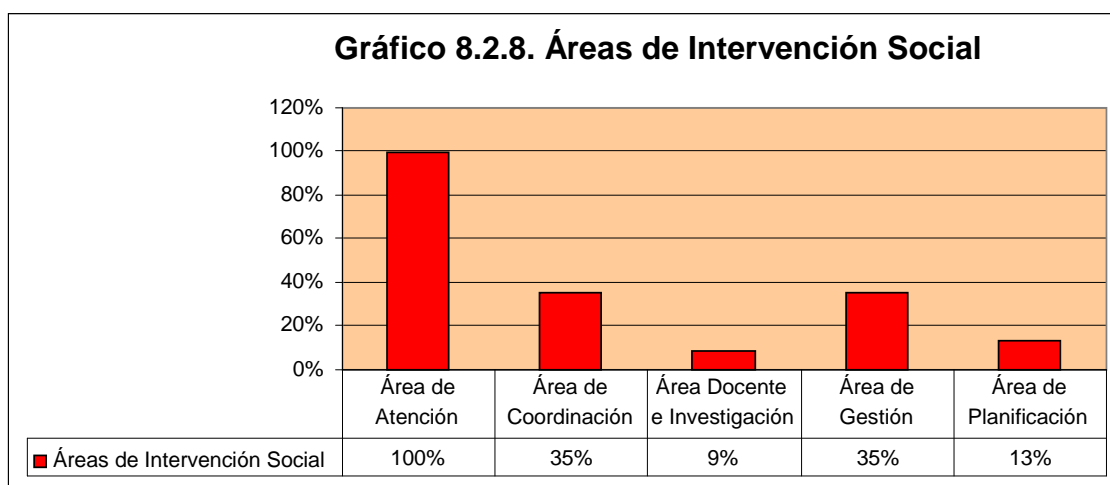
Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

La intervención social realizada por la totalidad de los encuestados es la individual, con un claro 100%. Tan solo un 39% realiza intervención grupal, y de manera más escasa, un 21% la realiza a nivel comunitario, como se observa en el siguiente gráfico:



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

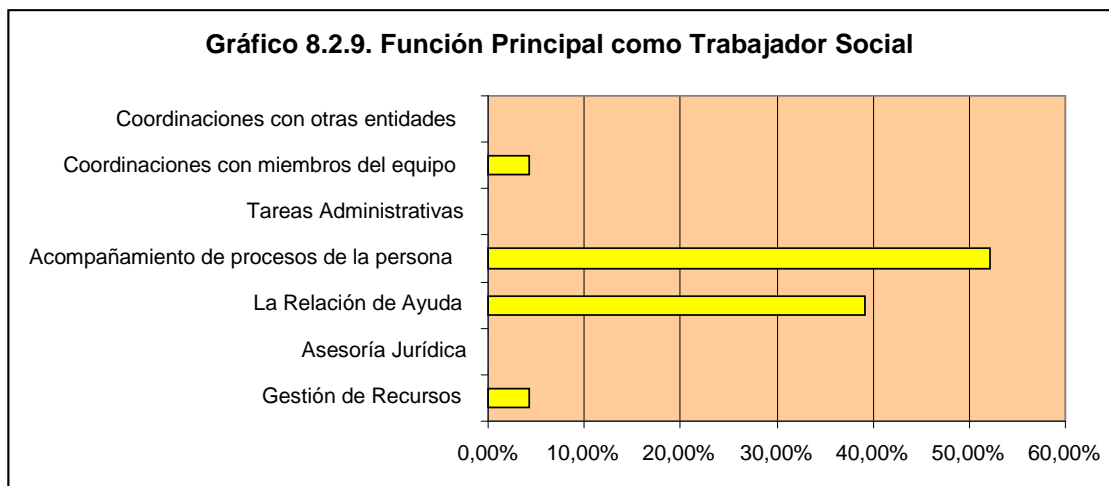
El área de intervención social en la que intervienen todos los encuestados es el área relacionada con la atención directa (ver Gráfico 8.2.8.) ya que el/la trabajador/a social centra su papel en atender a los diferentes usuarios de manera presencial, y de forma directa, pero es necesario destacar el 35% que desarrolla su tarea profesional en el área de la gestión y en el área de coordinación. Desde el punto de vista del proponente, son significativos, ya que confirma que las tareas de los trabajadores sociales también pasan por la gestión y coordinación con el fin de dar un mejor servicio a los usuarios demandantes.



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

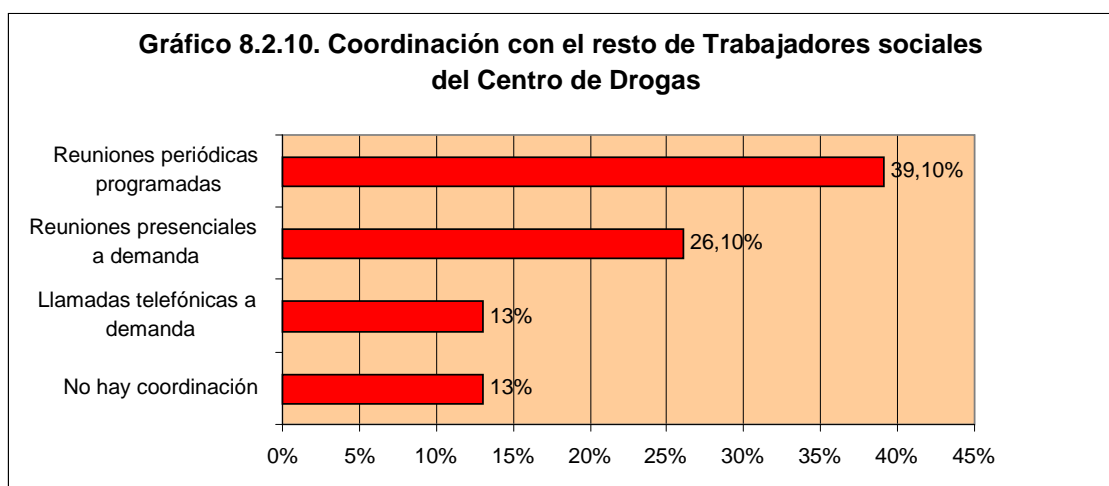
A la pregunta de qué función considera el encuestado que debería ser la principal que tendría que desarrollar como trabajador social (Gráfico 8.2.9), el porcentaje más alto

se centra en el acompañamiento de procesos de la persona (52,20%), seguido de la relación de ayuda (39,10%), tal y como el proponente plantea en esta tesis.



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Con respecto a la coordinación que se establece con los propios compañeros también trabajadores sociales de los centros de drogodependencias, se obtienen los siguientes resultados:

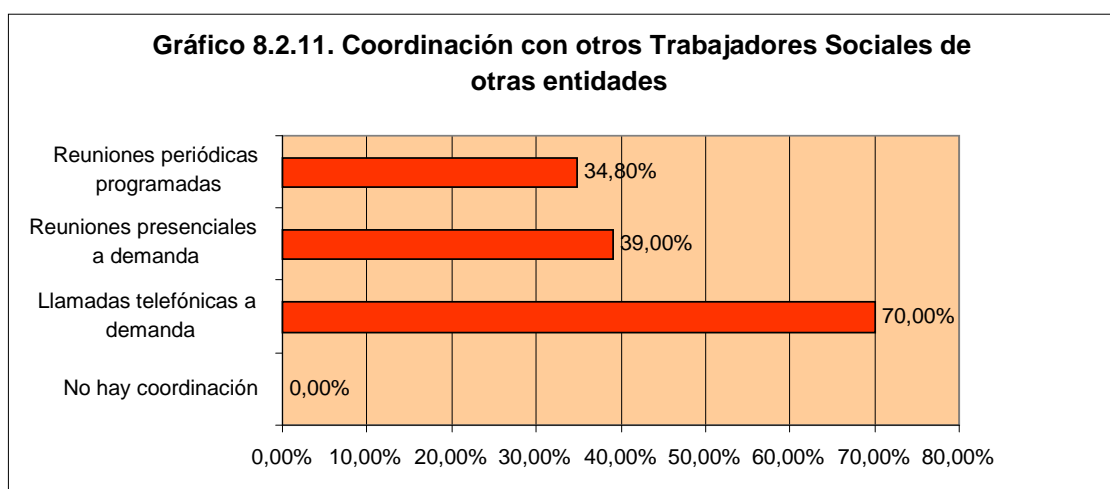


Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se puede observar, en el Gráfico 8.2.10, el 39.10% de los encuestados realizan coordinaciones con otros compañeros trabajadores sociales de su centro de trabajo, a través de reuniones que se celebran de forma periódica de manera programada en los

propios centros. La lectura que se hace del 13% de “no hay coordinación”, se debe a que en algunos centros tan solo hay un trabajador social, de lo que se desprende que no se puede producir la coordinación a este nivel.

En el caso de las coordinaciones con otros trabajadores sociales de otras entidades: Servicios Sociales, centros de salud, hospitales, juzgados, ONGs, prisiones, etc..., (Ver Gráfico 8.2.11), se realizan a través de llamadas telefónicas a demanda como se puede observar en dicho gráfico, que a continuación se detalla:



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

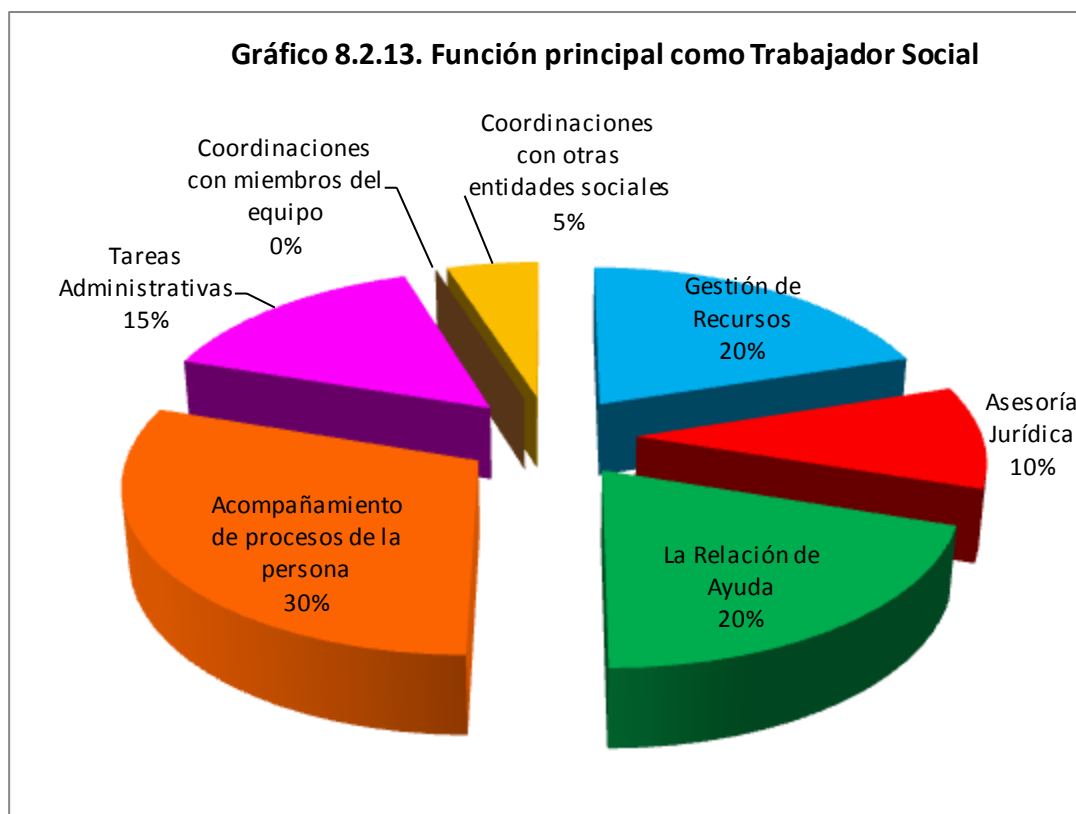
En cuanto a las coordinaciones que los trabajadores sociales encuestados realizan con otros profesionales del centro de trabajo son mayoritariamente reuniones periódicas programadas (65,20 %). En el caso de las reuniones presenciales a demanda del propio trabajador social el porcentaje se iguala con el de las reuniones presenciales propuestas por “los otros profesionales” (43,50%). (Véase Gráfico 8.2.12).





**Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Cuando se pregunta a los encuestados sobre su función principal como trabajador social en la realidad cotidiana de su trabajo (Gráfico 8.2.13), el 30% responde al acompañamiento de procesos de la persona, seguido de los que contestan, la gestión de recursos (20%) y la relación de ayuda (20%), con el mismo porcentaje; siendo un 15% para los que responden a las tareas administrativas, un 10% para prestar asesoramiento jurídico, y tan solo un 5% para las coordinaciones con otras entidades sociales. Así se puede ver de manera más gráfica:



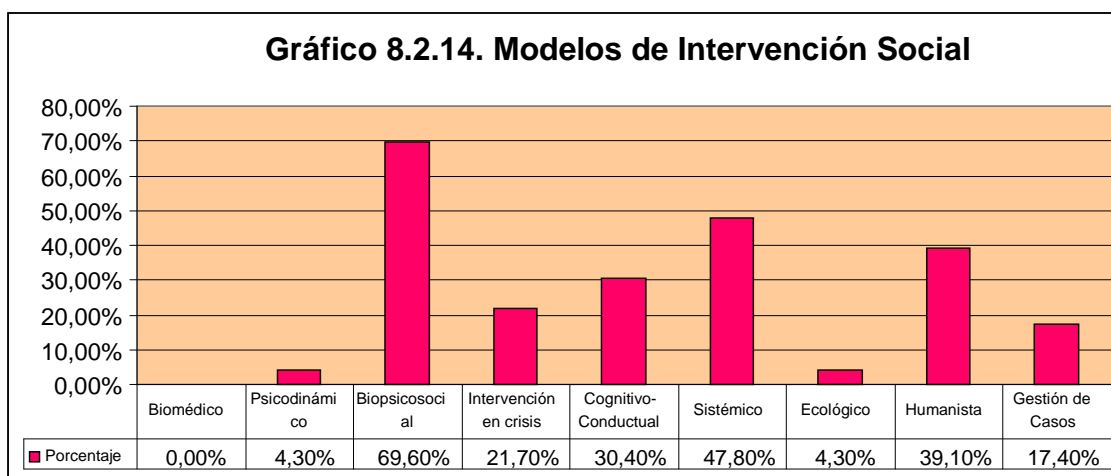
**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En la siguiente tabla (Tabla 8.1.) se detallan las características de un buen funcionamiento en un Equipo de Trabajo. La mayoría de los encuestados (el total de ellos fueron 23) respondieron que siempre o casi siempre se dan esas características en su Equipo, por lo que se observa una clara satisfacción en el desarrollo de la actividad en el mismo:

<b>Tabla 8.1.: Características del Equipo de Trabajo (Trabajadores Sociales)</b>	<b>CASI SIEMPRE (Nº de Encuestados)</b>	<b>SIEMPRE (Nº de Encuestados)</b>
Posee un propósito común con valores compartidos	<b>10</b>	<b>2</b>
Tiene metas y objetivos compartidos	<b>10</b>	<b>5</b>
El poder colectivo del equipo puede más que la habilidad individual	<b>7</b>	<b>6</b>
Responsabilidad y delegación en las tareas	<b>7</b>	<b>4</b>
Buenas relaciones personales y de comunicación	<b>10</b>	<b>5</b>
Flexibilidad para adaptarse al cambio	<b>8</b>	<b>4</b>
Compromiso en el desempeño de la tarea	<b>9</b>	<b>9</b>
Se reconoce el trabajo en equipo por todos los que lo forman	<b>9</b>	<b>3</b>
Se tiene sentido de pertenencia, satisfacción por el trabajo y desaparecen los sentimientos negativos	<b>10</b>	<b>1</b>
Los miembros del equipo confían entre ellos. Se produce interdependencia en el equipo	<b>10</b>	<b>2</b>

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En cuanto a los modelos de intervención (Ver Gráfico 8.2.14) todos los encuestados tienen conocimiento de ellos, siendo el utilizado mayoritariamente el modelo biopsicosocial (69,60%), seguido del modelo sistémico (47,80%), y posteriormente, el modelo humanista con un porcentaje del 39,10%. Se ubica en cuarto lugar, el modelo cognitivo conductual (30,40%).



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Destacar la información ofrecida por los encuestados teniendo en cuenta tres consideraciones con respecto a los modelos de intervención social. A continuación se detalla una tabla resumen (Tabla 8.2.) con los datos de estas consideraciones: Por un lado, los porcentajes de las personas encuestadas que conocen los modelos; por otro, los porcentajes que indican los modelos existentes en el centro de trabajo de los encuestados; y por último, el porcentaje de los trabajadores sociales que los utilizan en su proceder cotidiano en la intervención social:

<b>Tabla 8.2.: Comparativa de los datos sobre Modelos de Intervención Social entre los trabajadores sociales</b>			
<b>MODELOS</b>	<b>Modelos conocidos</b>	<b>Modelos existentes en el Centro de Trabajo</b>	<b>Modelos utilizados por los trabajadores sociales</b>
<b>Modelo Biomédico</b>	30,4%	17,4%	0%
<b>Modelo Psicodinámico</b>	32,8%	21,7%	4,3%
<b>Modelo Biopsicosocial</b>	95,6%	65,2%	69,6%
<b>Modelo de Intervención en Crisis</b>	56,5%	30,4%	21,7%
<b>Modelo Cognitivo-Conductual</b>	78,3%	69,6%	30,4%
<b>Modelo Sistémico</b>	82,6%	26,1%	47,8%
<b>Modelo Ecológico</b>	39,1%	4,3%	4,3%
<b>Modelo Humanista</b>	56,5%	4,3%	39,1%
<b>Modelo de Gestión de Casos</b>	43,5%	13%	17,4%

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Se marcan en color verde los datos que obtienen la mayor puntuación, es decir, el 95,6% de los encuestados conocen el modelo biopsicosocial; el 69,6% de los encuestados marcan el modelo cognitivo-conductual, como el modelo que con mayor frecuencia se da en los centros de trabajo; y el 69,6% para el modelo biopsicosocial, que es el modelo más utilizado por los trabajadores sociales en su ámbito de trabajo. Se constata este dato porque, habitualmente, es el modelo más operativo en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de las drogodependencias a nivel general, ya que abarca el desarrollo de las funciones de la parte médica (bio), la parte psicológica (psico) y la parte del trabajador social y de otras profesiones sociales (social).

Se marcan en color rojo, los datos del Modelo Humanista, obtenidos en las diferentes columnas de datos, ya que es en este modelo en el que el proponente centra su Tesis, observando un destacable 39,1% de los trabajadores sociales encuestados que intervienen desde este modelo en su trabajo cotidiano. Aunque el proponente considera destacado este dato, objetivamente, no es el dato más alto, justificándose con el mismo motivo que el mencionado en el párrafo anterior: *“habitualmente, es el modelo biopsicosocial, el modelo más operativo (y más utilizado) en los equipos interdisciplinarios en el ámbito de las drogodependencias a nivel general, ya que abarca el desarrollo de las funciones de la parte médica (bio), la parte psicológica (psico) y la parte del trabajador social y de otras profesiones sociales (social)”*. El Modelo Humanista, utilizado por el proponente en la intervención diaria, no es el modelo más utilizado por el resto de trabajadores sociales, quedando relegado a una posición más discreta en el conjunto de la tabla.

A los trabajadores sociales encuestados se les pide que respondan con una tabla los aspectos que se dan en la aplicación de los modelos de intervención social. A modo de resumen, se han recogido los porcentajes de las respuestas en los diferentes ítems en función de los valores asignados, siendo valor 0, si no se da ese aspecto en la aplicación de los modelos, siendo 1 el valor menor y siendo 5 el valor máximo. Los datos se expresan en la siguiente tabla (Tabla 8.3.):

<b>Tabla 8.3.: Aspectos que se dan en la aplicación de los Modelos de Intervención Social</b>						
<b>Aspectos</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Se traducen las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico	0%	0%	4,30%	43,50%	30,40%	21,70%
Permiten comprender y explicar lo que ocurre	0%	4,30%	4,30%	26,10%	43,50%	21,70%
Permiten evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad	0%	4,30%	8,70%	34,80%	34,80%	17,40%
Sirven para orientar y guiar la práctica profesional	0%	4,30%	8,70%	21,70%	39,10%	26,10%
Sirven para que la práctica se encuentre fundamentada en torno al modelo o modelos que garanticen una mayor adaptación al problema sobre el que se va a intervenir	0%	4,30%	21,70%	17,40%	30,40%	26,10%
Ayuda a recoger datos, elaborar hipótesis, elegir los objetivos, las estrategias y las técnicas que convienen a los problemas encontrados	0%	4,30%	4,30%	13%	52,20%	26,10%

**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los porcentajes más altos se observan en los valores 3, 4 y 5 de la tabla con lo que se interpreta que los aspectos detallados en la aplicación de los modelos de intervención social son aceptados por los encuestados, y reciben una valoración alta. Observando la tabla se resaltan los porcentajes de 0 al 10% en color rojo, los porcentajes entre 11% y 30% en color amarillo, y los mayores del 30% en color verde. Se utiliza un modo de visualización de los datos por colores para integrar la magnitud de los datos, de tal manera que se perciben mayoritariamente los colores amarillo y verde en los valores 3, 4 y 5.

En el cuestionario ofrecido a los trabajadores sociales se les da la opción de responder abiertamente ante las alternativas que ellos mismos ofrecerían para mejorar la

aplicación de los modelos a la intervención social. Las respuestas más significativas se expresan a continuación:

*“Cualquier modelo es adecuado siempre y cuando se haga con profesionalidad y en relación de ayuda con todos sus aspectos”-*

*“Dar más importancia al aspecto social en las drogodependencias”*

Algunos de los encuestados piden que existan espacios de comunicación con el fin de facilitar la información y poder establecer, incluso un protocolo concreto de Trabajo Social en Drogodependencias para la intervención en el sector:

*“Facilitar espacios de comunicación para poner en común criterios de los modelos de intervención. Voluntad por parte del equipo para la aplicación de los modelos o del modelo a utilizar”.*

*“Desarrollo de un protocolo específico de Trabajo Social en Drogodependencias basado en las características comunes de dos o tres de los modelos que en la actualidad se vengán usando más, entre los profesionales de este colectivo”*

La idea de informar y asesorar a otros profesionales del Equipo sobre el trabajo realizado por los trabajadores sociales supondría un cambio en el proceso de tratamiento y de la propia intervención integral de los pacientes:

*“Concienciar a nivel general a otros compañeros con los que se interviene en los casos, en cuanto al papel del trabajador social como agente de cambio y no como mero burócrata de la intervención”.*

Una de las opiniones que se remite es la de tener en cuenta la individualidad de cada persona para que así se puedan adaptar los diferentes modelos, en función de la

persona atendida y en función de sus necesidades; de esta manera se ajustaría una intervención social más “a la carta” en cada usuario:

*“Que se mantenga la aplicación de modelos a las necesidades individuales de cada paciente. El poder utilizar un modelo acorde a las necesidades del individuo en función del momento vital en que se encuentre. (Varía según necesidades de la intervención)”*

*“Individualizando la intervención se debería aplicar diferentes modelos y no tender a generalizar la atención centrada en un modelo único”.*

Opiniones a favor de la formación y de la investigación de los profesionales en materia de modelos de intervención:

*“Sería necesario un plan de formación conjunta del equipo de trabajo”.*

*“Mejorar los espacios de encuentro entre profesionales del Equipo para trabajar objetivos y planes de actuación basado en los modelos de Intervención. Formación continuada de carácter interno en el equipo de trabajo”.*

*“Aumento de espacios en las reuniones de equipo para abordar este tema a nivel de equipo de trabajo de todo el centro”.*

*“Disponer de mayor tiempo para investigar, verificar, aplicar y validar la intervención con las herramientas adecuadas”.*

*“Reciclaje de los profesionales a través de formación y experiencias de investigación”*

*“Que hubiera espacios de formación e información al respecto, dentro de los Equipos de Trabajo. Que se supervisaran los diseños de intervención de cada paciente bajo el punto de vista del modelo en cuestión”.*

*“Formación permanente”*



Se comenta la posibilidad de que sea la propia dirección del Centro, la que implante o indique la utilización de los modelos de intervención social, dando por hecho que los responsables técnicos conocen dichos modelos para la intervención social. El proponente plantea la duda de que es posible que no todos los directores y/o coordinadores de los centros conozcan dichos modelos:

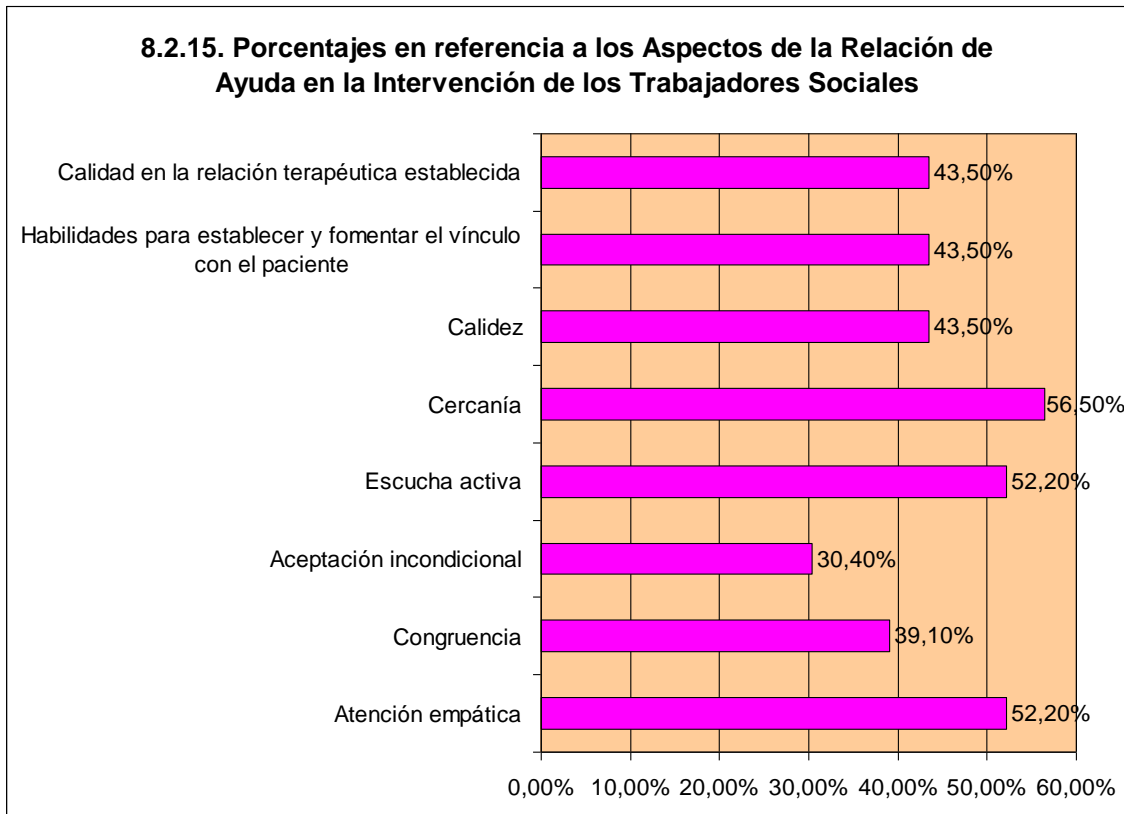
*“Que la dirección del centro facilitara su implantación (de los modelos).”*

*“Que desde la dirección se facilite la posibilidad de aplicarlos.”*

*“Que la dirección del centro permita un mayor conocimiento de los modelos para su aplicación”.*

*“Dar mayor importancia, desde las instancias superiores, al Trabajo Social”.*

Continuando con el análisis de las respuestas de los trabajadores sociales encuestados, se les solicita qué uso hacen de los aspectos de la Relación de Ayuda en la intervención social que realizan. Para ello, se les ofrecía una tabla para marcar de 0 a 5 (siendo 0, si no hacían uso; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo) la respuesta que consideraran. Aquí se recoge un gráfico con el porcentaje de los encuestados que puntuaban cada aspecto con el valor máximo (5):



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los resultados (en porcentajes) de las respuestas tienden a ser altos, como se observa en el Gráfico 8.2.15, lo que parece indicar que todo profesional del Trabajo Social aplica los aspectos en la Relación de Ayuda: la atención empática, la congruencia, la aceptación incondicional, la escucha activa, la cercanía, la calidez, las habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente, y la calidad en la relación terapéutica establecida. (Rogers, 2014); (Bermejo, 1998).

Una pregunta relacionada con la anterior se realiza teniendo la consideración del propio trabajador social, si se dan los aspectos de la Relación de Ayuda en el resto de profesionales que conforman el Equipo de Trabajo de su centro, con el mismo baremo a la hora de valorar cada respuesta (0 si no se da, 1 el valor menor y 5 el valor máximo). Para recoger estos datos, se ha elaborado el Gráfico 8.2.16, que se puede observar a continuación:



**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

En este caso, los resultados indican valores mucho más negativos. Con todo ello, lo que se obtiene es una clara visión, por parte de los trabajadores sociales que los aspectos de la Relación de Ayuda pertenecen a su profesión y son propios de ella, y no de las otras profesiones.

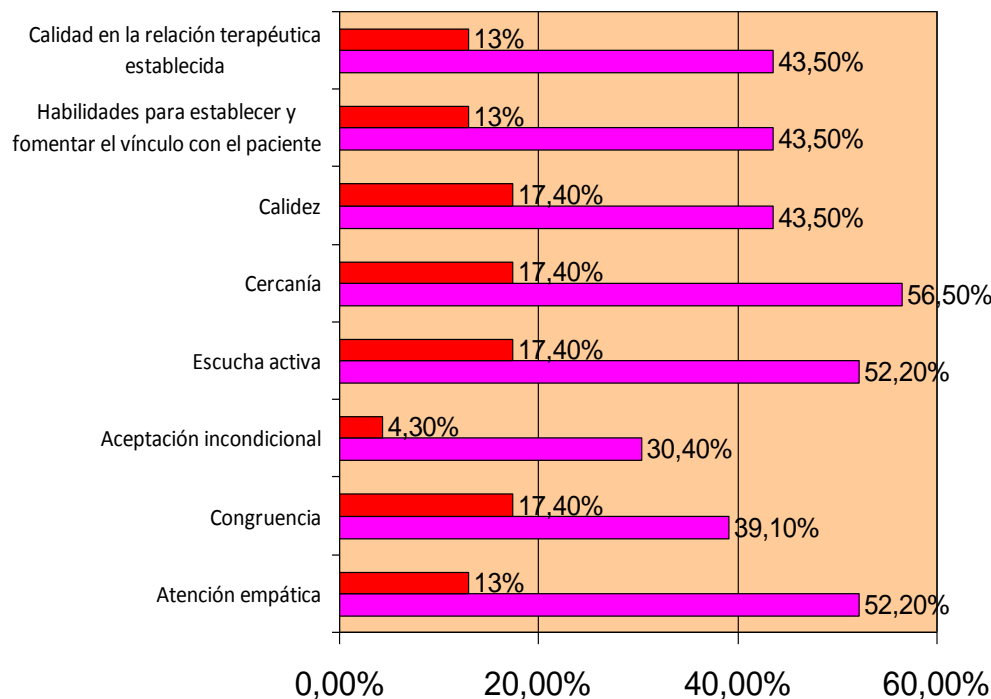
En el siguiente epígrafe, se analiza la pregunta dirigida a los otros profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos clínicos, psicólogos sin especialidad y educadores sociales), y en contra de los anteriores, los resultados obtenidos hacen referencia a que el uso de estos aspectos de la Relación de Ayuda no son propios de la profesión del Trabajo Social, sino que perciben que son ellos, en un porcentaje más alto, los que hacen uso de los mismos.

En el epígrafe 8.3., dedicado al análisis de los otros profesionales de la intervención en drogodependencias, se realiza el análisis en los gráficos pertinentes.

Esta actitud, también demuestra que los equipos de trabajo, objeto del estudio, están formados por grupos de personas de diferentes profesiones, manifestando que los comportamientos de cada grupo son estancos y se tiene la percepción de querer defender el espacio profesional de cada uno, como si de un territorio propio se tratara, lo que indica que no se favorece la complementariedad del trabajo en equipo, sino la multidisciplinariedad, desde la cual, cada profesión defenderá su área disciplinar sin entrar en la valoración de un trabajo interdisciplinar.

Si realizamos la comparativa entre los resultados de una pregunta y la otra (ver Gráfico 8.2.17), se observa claramente que los trabajadores sociales a la hora de hablar de sus otros compañeros de la intervención no perciben que los aspectos fundamentales de la Relación de Ayuda los apliquen de igual modo que ellos, como se ha indicado en el párrafo anterior:

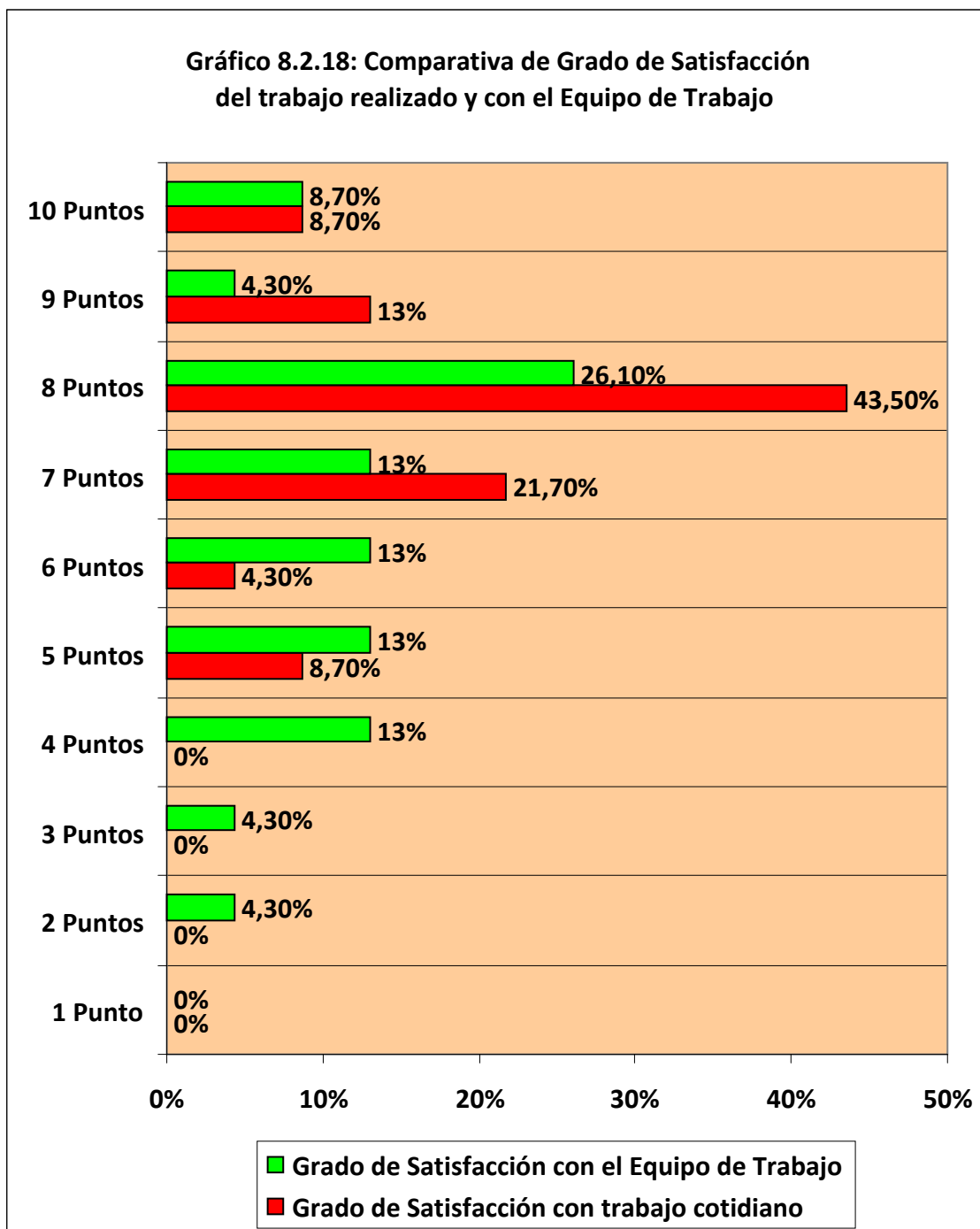
### 8.2.17. Comparativa sobre Aspectos de la Relación de Ayuda



	Atención empática	Congruencia	Aceptación incondicional	Escucha activa	Cercanía	Calidez	Habilidades para	Calidad en la relación
■ Otros Profesionales (desde el punto de vista de los trabajadores sociales)	13%	17,40 %	4,30%	17,40 %	17,40 %	17,40 %	13%	13%
■ Trabajadores Sociales	52,20	39,10	30,40	52,20	56,50	43,50	43,50	43,50

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

El grado de satisfacción del trabajo realizado por los trabajadores sociales en su Centro, a nivel general se compara en el siguiente gráfico (8.2.18), junto con el grado de satisfacción con el Equipo de Trabajo. La puntuación que se recoge de estos grados de satisfacción (con el trabajo realizado y con el equipo) permite percibir un cierto descenso del grado de satisfacción cuando se refieren al Equipo de Trabajo, y en cambio, el grado es mayor en la respuesta sobre la satisfacción en el trabajo individual realizado.



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Ante la opción que se da a los encuestados sobre la posible mejora de la atención prestada a los pacientes, el 95,7% afirma que se podría mejorar. En el Gráfico 8.2.19 se recogen los resultados de los valores (en porcentajes) según los ítems preguntados:



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

De todos los trabajadores sociales encuestados, el 24% de ellos, consideran que se mejoraría la atención a los pacientes aumentando la coordinación con el equipo de trabajo, y también con un 25%, estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas del trabajador social. El 18% de los encuestados considera que aumentando el número de los trabajadores sociales en los centros de trabajo se mejoraría la atención a los pacientes.

Con el fin de conocer las funciones del trabajador social en los Equipos de Trabajo se pasó en el cuestionario una batería de ítems para que cada encuestado respondiera según su realidad. El resultado se muestra en la siguiente tabla (Tabla 8.4.) utilizando un modo de visualización de los datos por colores (rojo –del 0% al 10%- , amarillo –del 11% al 30%- y verde –Mayores de 30%-) para integrar la magnitud de los datos:

<b>TABLA 8.4.: Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Realidad de los Trabajadores Sociales)</b>					
<b>El/la Trabajador Social/a</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo	0%	9%	4%	26%	61%
Forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico.	4%	26%	9%	22%	39%
Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo	0%	35%	4%	22%	39%
Diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso	9%	17%	13%	30%	30%
Colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro	35%	26%	4%	22%	13%
Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes	0%	13%	26%	39%	52%

**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Esta tabla refleja que la realidad de los trabajadores sociales es que se ubican “fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes” con un 52% de los encuestados al contestar “Totalmente de acuerdo”.

Uno de los objetivos de esta Tesis es conocer la opinión de los trabajadores sociales de los centros de drogodependencias con respecto al Equipo de Trabajo donde realizan su labor cotidiana, para ello se plasma a continuación una tabla (Tabla 8.5.) con los resultados obtenidos en cada una de las cuestiones preguntadas. También se utiliza un modo de visualización de los datos por colores (rojo –del 0% al 10%- , amarillo –del 11% al 30%- y verde –Mayores de 30%-) para integrar la magnitud de los datos:



<b>TABLA 8.5.: Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los Trabajadores Sociales)</b>					
<b>El/la Trabajador Social/a</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo	0%	0%	4%	13%	83%
Forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico.	0%	9%	9%	9%	74%
Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo	0%	13%	4%	13%	70%
Diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso	4%	4%	9%	17%	65%
Colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro	48%	26%	4%	9%	13%
Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes	61%	17%	9%	9%	4%

**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Todos los trabajadores sociales encuestados consideran que son necesarios en la intervención en el ámbito de las drogodependencias, y opinan que deben estar dentro de los Equipos, como se observa el resultado del 61% - *Totalmente en desacuerdo* -, en el ítem: *“Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes”*. Desde esta reflexión es desde donde procede que se tenga en cuenta la profesión del Trabajo Social en los Equipos de Trabajo como figura necesaria desde el inicio hasta el final de los procesos terapéuticos de las personas atendidas.

Los motivos y las justificaciones de la necesidad de la figura del trabajador social en los centros de drogas se detallan a continuación, según las respuestas obtenidas en la encuesta realizada y catalogadas por epígrafes:

Interdisciplinariedad:

- Completa la interdisciplinariedad en la atención al drogodependiente.
- Porque se hace necesario un trabajo interdisciplinar e interinstitucional, donde los trabajadores sociales no solo son necesarios sino imprescindibles.
- Proporcionan y facilitan un tratamiento integral.
- Lo requiere una intervención integral que es la que se da en el centro de trabajo.
- No hay posibilidad de trabajar desde una única dirección, hablamos de personas y esto incluye una multiproblemática, con diferentes áreas, si solo se trabaja desde un enfoque médico existirá un proceso incompleto, así mismo trabajar únicamente desde un enfoque social queda igual de incompleto.
- Si los problemas asociados al consumo deriva en una problemática social, la respuesta debería ser social. Para atender integralmente a la persona con problemas derivados del consumo es necesario el abordaje multidisciplinar.
- Favorecen una intervención más integral y completa con respeto al resto de profesiones y esto mejora la atención a cada paciente.
- Damos una visión más global en la intervención con el paciente.
- Complementa el diagnóstico.
- Completa la intervención.

Aspectos Sociales, Familiares y Comunitario:

- El Trabajo Social posibilita que la persona sea atendida en su situación familiar y social.
- Un proceso de adicción afecta a todas las esferas de la persona en mayor o menor medida.
- El problema de las drogodependencias afecta al aspecto social de la persona.
- Porque aporta la visión social y completa del caso sin parcializarse en lo sanitario/clínico.
- Dan conocimiento de la situación social de los pacientes.
- La intervención social es básica en un proceso de rehabilitación de drogodependencia por los componentes sociales que tiene toda persona y que deben tratarse para lograr el objetivo de la rehabilitación integral.

- La intervención familiar desde el Trabajo Social.
- El aspecto social en las drogodependencias es vital.
- Trabajan con el individuo y la familia, intervienen a nivel comunitario.
- Son conocedores de la intervención individual y familiar a nivel social de cada paciente.
- Ofrecemos información desde la intervención social que realizamos con los pacientes y sus familias.
- Considero el problema de la drogodependencia como fenómeno social.
- Aspectos sociales como el trabajo, la formación y el ocio son necesarios trabajarlos desde el ámbito tanto del trabajador social como del educador.
- El trabajo coordinado con la familia o núcleo de convivencia de la persona puede ser un elemento de ayuda en la mayoría de los casos.
- La intervención comunitaria de prevención de las drogodependencias, es un aspecto no abordado de momento desde el Trabajo Social y necesario para sensibilizar tanto a los ciudadanos como a diferentes instituciones que podrían estar implicadas en la prevención.
- El trabajador social debería ser el profesional encargado de trabajar la adaptación al entorno social desde el inicio del tratamiento aunque especialmente en la fase de reinserción, no solo apoyando con recursos sociales, sino utilizando técnicas activas para ensayar con los pacientes y sus familiares, formas distintas de relación familiar y de relación con el entorno (role-playing, psicodrama...).
- Porque somos los profesionales indicados para detectar las necesidades de los pacientes.

#### Enfoque Biopsicosocial:

- Es necesario en el enfoque biopsicosocial.
- La aplicación del modelo biopsicosocial en las drogodependencias.

Relación de Ayuda y Acompañamiento Social:

- Para el acompañamiento en gestiones diversas que tienen que realizar los pacientes.
- Tienen formación suficiente para el trabajo en la relación de ayuda y en el acompañamiento social de los pacientes.
- Porque en todo proceso de reinserción y abandono de hábitos nocivos y/o marginales, es necesario el acompañamiento y asesoramiento social de cara a aclimatarse a una realidad desconocida o largamente olvidada.
- Son conocedores de la relación de ayuda y de la intervención social a nivel individual y familiar.
- Favorecen la Relación de Ayuda.

Coordinaciones con otras entidades:

- Necesaria la figura del trabajador social para la coordinación con los Servicios Sociales Generales.
- Por las coordinaciones.
- Somos el profesional-coordinador fundamental con el resto de recursos socio-sanitarios.
- Permiten coordinar con los Servicios Sociales y otras entidades.
- Coordinamos con el resto de entidades sociales implicadas en los procesos de los pacientes.
- Somos facilitadores para coordinaciones externas, buscando una intervención más integrada en el entorno.

Conocimiento en Recursos Sociales:

- Por los conocimientos en recursos por las habilidades sociales adquiridas.
- Por el conocimiento en recursos.
- Son conocedores de los recursos sociales.
- Conocedores de recursos sociales.
- Conocemos los recursos sociales de la zona.
- Ofrecen alternativas en cuanto al conocimiento de recursos sociales.
- Mayor conocimiento de recursos en todos los ámbitos de la intervención.

**Gestión de Recursos (Prestaciones):**

- Apoyamos los cambios psicosociales con prestaciones técnicas, humanas, sociales y económicas.
- Tienen importante conocimiento en la gestión de recursos.
- La gestión de recursos a nivel relacional, comunitario y formativo-laboral es imprescindible en la intervención.

**Humanización:**

- Porque humaniza y da coherencia al tratamiento de drogodependencias.

**Mejoran los Equipos Integrales de Trabajo**

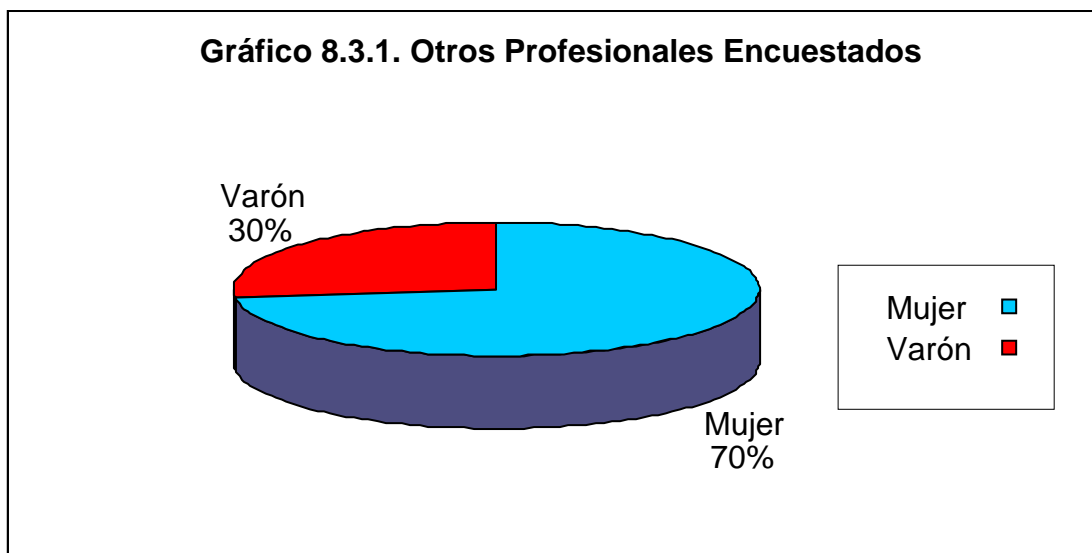
- Aportan conocimiento al equipo de trabajo.
- Enriquecen los equipos de trabajo integrales.

**Otros aspectos:**

- Somos agentes de cambio: promotores de las acciones precisas.
- Generan mayor conocimiento desde la intervención social de cada paciente.
- Ofrece alternativas.

### **8.3. Otros profesionales**

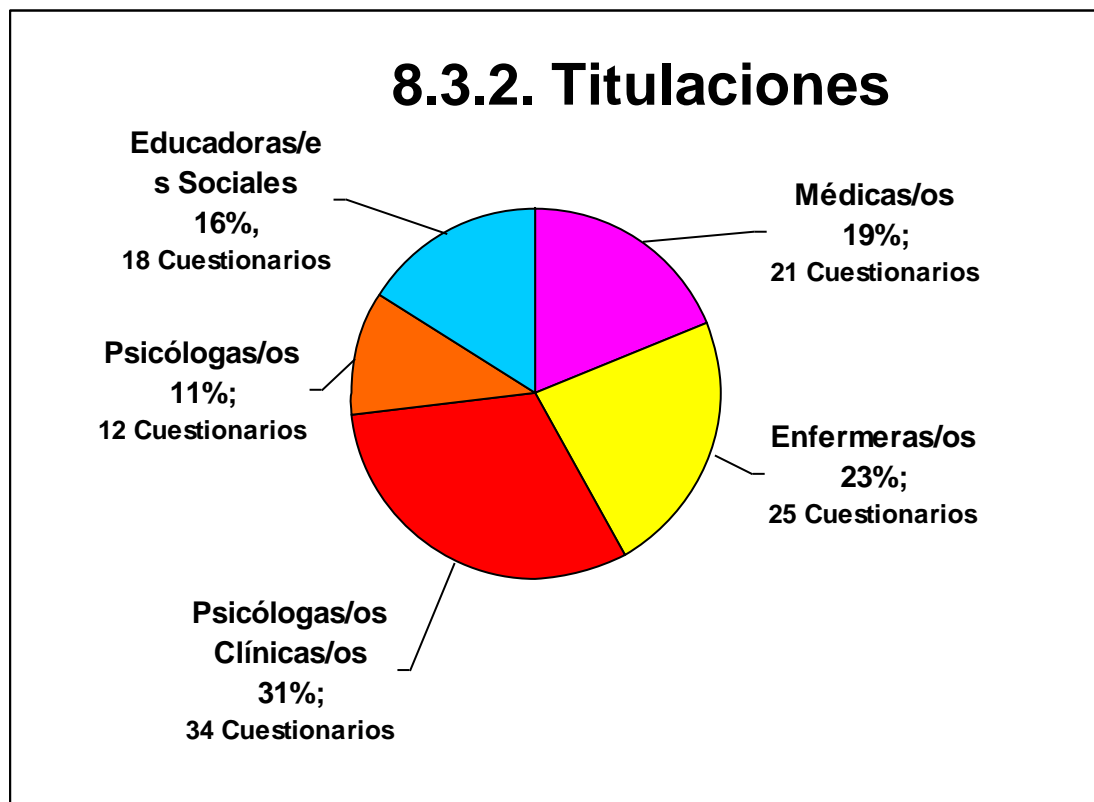
Con respecto a la encuesta realizada a otros profesionales que trabajan también en los centros ambulatorios de atención integral a drogodependencias junto a los trabajadores sociales, se ha obtenido un total de 110 cuestionarios respondidos (de los 214 enviados), es decir, el 51,40%. También en este caso, se da una mayoría en el sexo femenino (70%) como es característico dentro del sector frente al 30% de los varones (Ver Gráfico 8.3.1.)



**Fuente:** Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Con respecto a las titulaciones de los profesionales encuestados se detallan a continuación, en el Gráfico 8.3.2, donde aparece el porcentaje de mayor valor el de las/os Psicólogas/os Clínicas/os con un 31% (34 cuestionarios), que si lo sumamos al porcentaje de las/os psicólogas/os sin la especialidad de clínica, 11% (12 cuestionarios) se obtiene un 42% del total de la muestra (46 cuestionarios); le sigue el 23% de enfermeras/os (25 cuestionarios), y después 19% de médicas/os (21 cuestionarios).

Con respecto a los Educadores Sociales, que son los profesionales más afines a la figura de los trabajadores sociales, el dato que se obtiene es del 16% del total de la muestra.

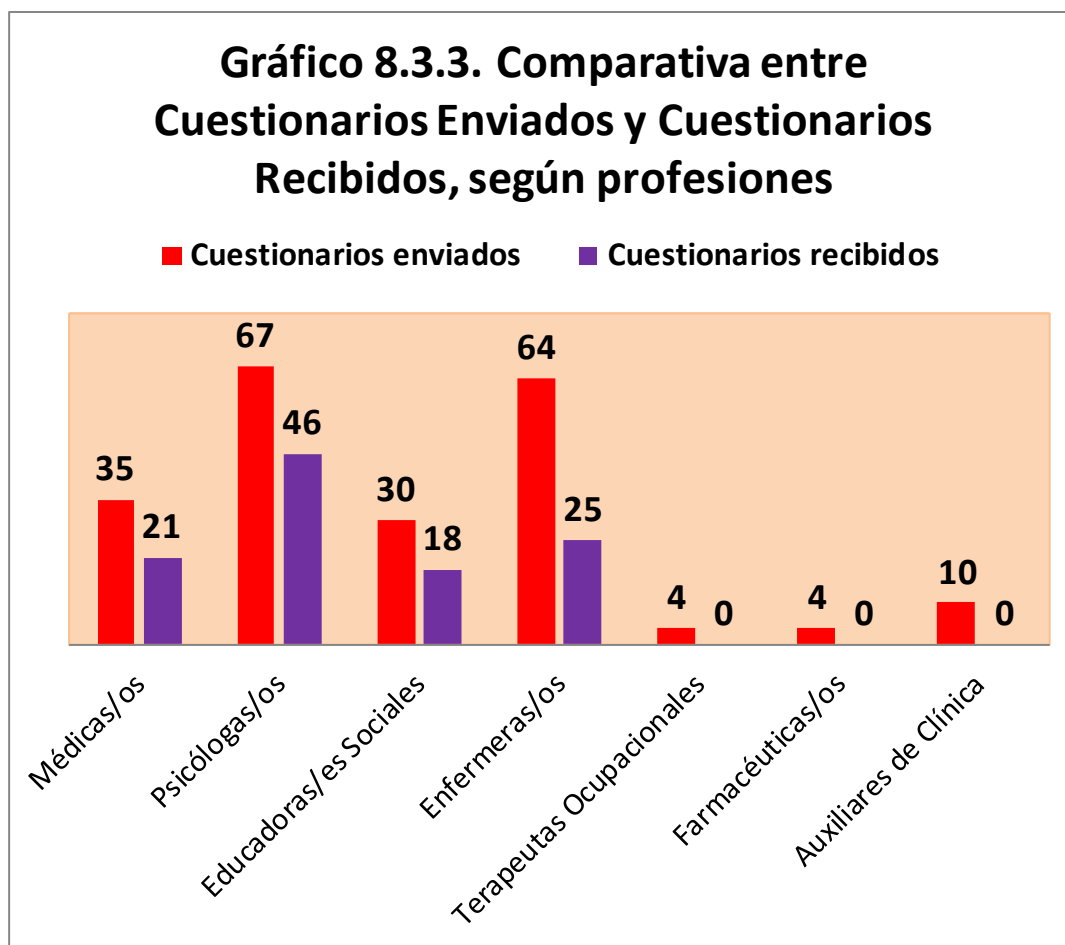


Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En la siguiente Tabla (Tabla 8.6.) y en el siguiente Gráfico (Gráfico 8.3.3), respectivamente, se expone la comparativa entre los cuestionarios de los “otros profesionales” enviados y los cuestionarios recibidos:

Tabla 8.6.: COMPARATIVA ENTRE CUESTIONARIOS ENVIADOS Y RECIBIDOS, SEGÚN PROFESIONES		
PROFESIONES	Cuestionarios Enviados	Cuestionarios Recibidos
Médicas/os	35	21
Psicólogas/os Clínicas/os	49	34
Psicólogas/os sin especialidad	18	12
Educadoras/es Sociales	30	18
Enfermeras/os	64	25
Terapeutas Ocupacionales	4	0
Farmacéuticas/os	4	0
Auxiliares de Clínica	10	0
Total	214	110

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

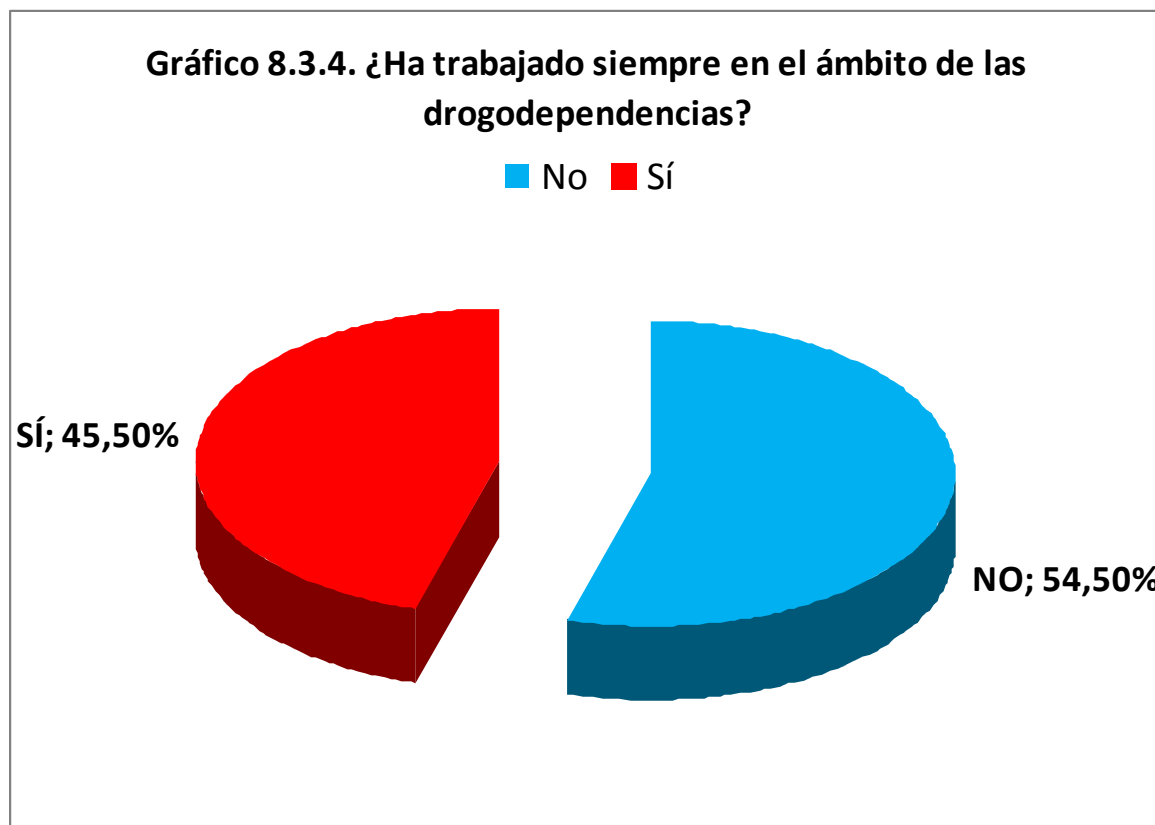


Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

De los 110 profesionales encuestados, 97 llevan más de cinco años de experiencia en su profesión, es decir, un 88,20% del total de la muestra.

El 54,50% de los encuestados no han trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias frente al 45,50% que sí lo ha hecho (Ver Gráfico 8.3.4):



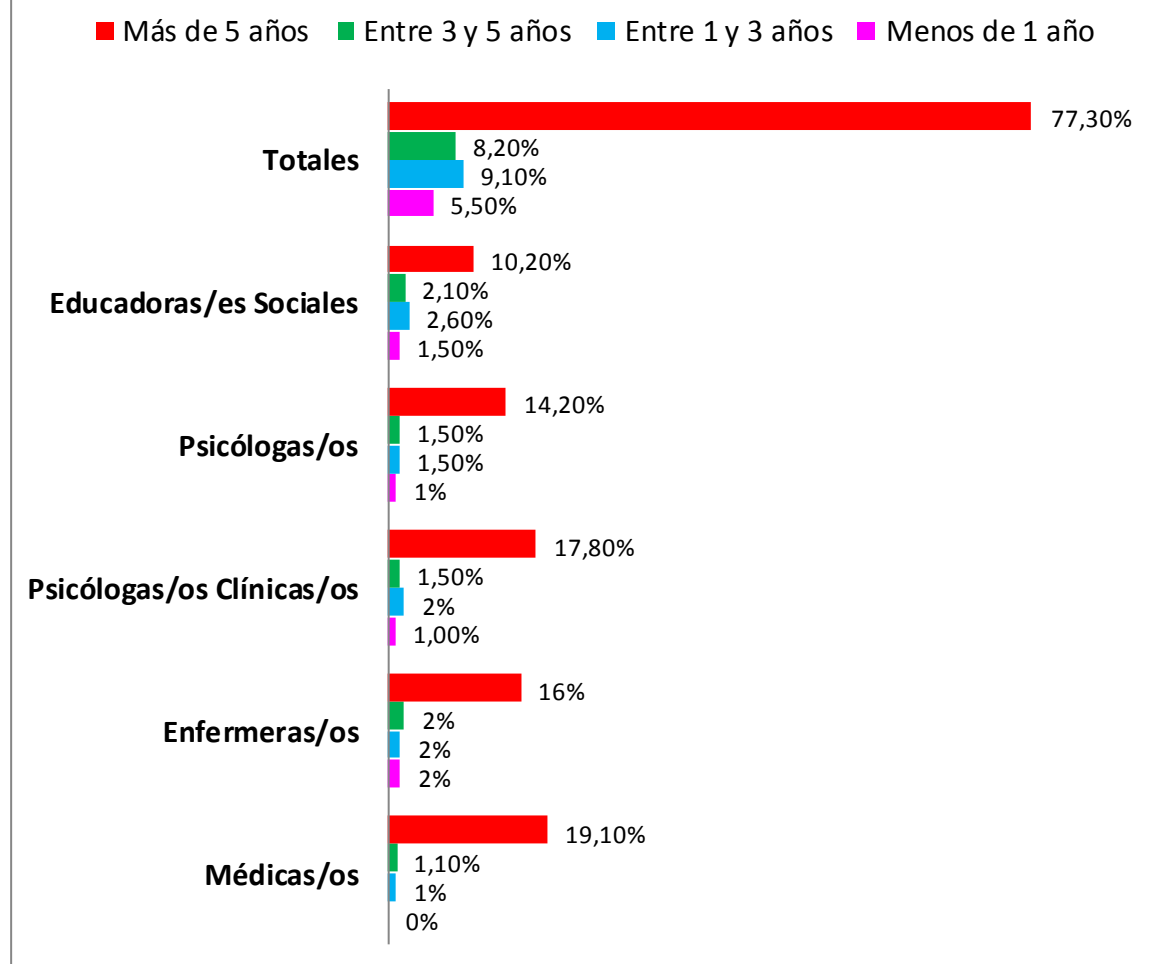


Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

El número de años del total de los profesionales que llevan trabajando en el ámbito de las drogodependencias es más de cinco, en el 77,30% de los encuestados, por lo que se considera que estos profesionales están dotados de una experiencia importante en el sector de las adicciones.

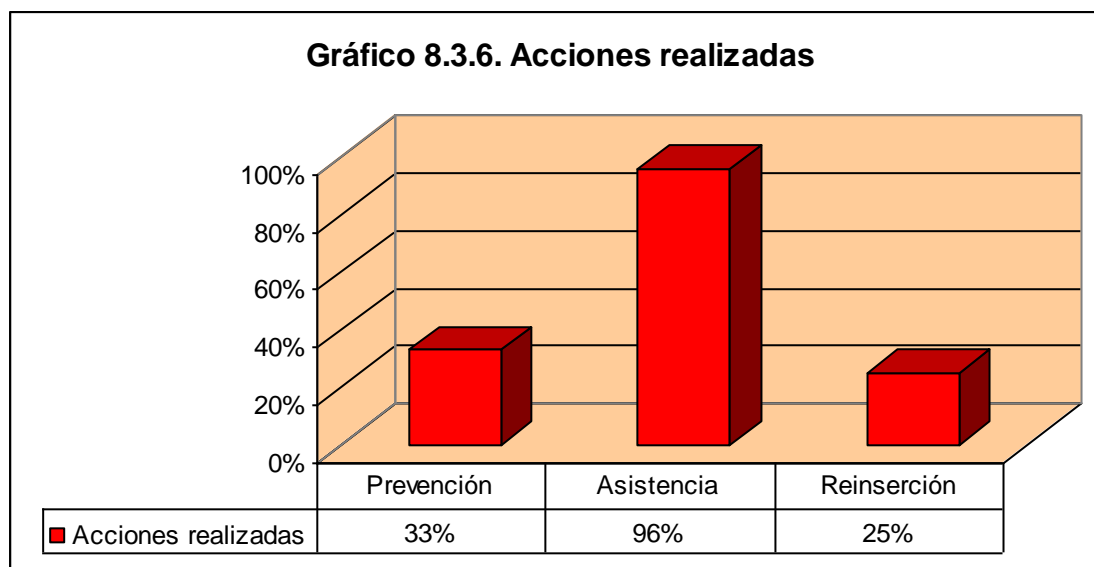
A continuación se detalla en el siguiente Gráfico (Gráfico 8.3.5.), el número de años de trabajo en el ámbito de las drogodependencias diferenciado por categorías profesionales:

**Gráfico 8.3.5.: Años trabajados en el ámbito de las drogodependencias, diferenciado por categorías profesionales**



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Las acciones realizadas en el trabajo diario de los profesionales encuestados (y que no son trabajadores sociales), se muestran a continuación en el Gráfico 8.3.6:



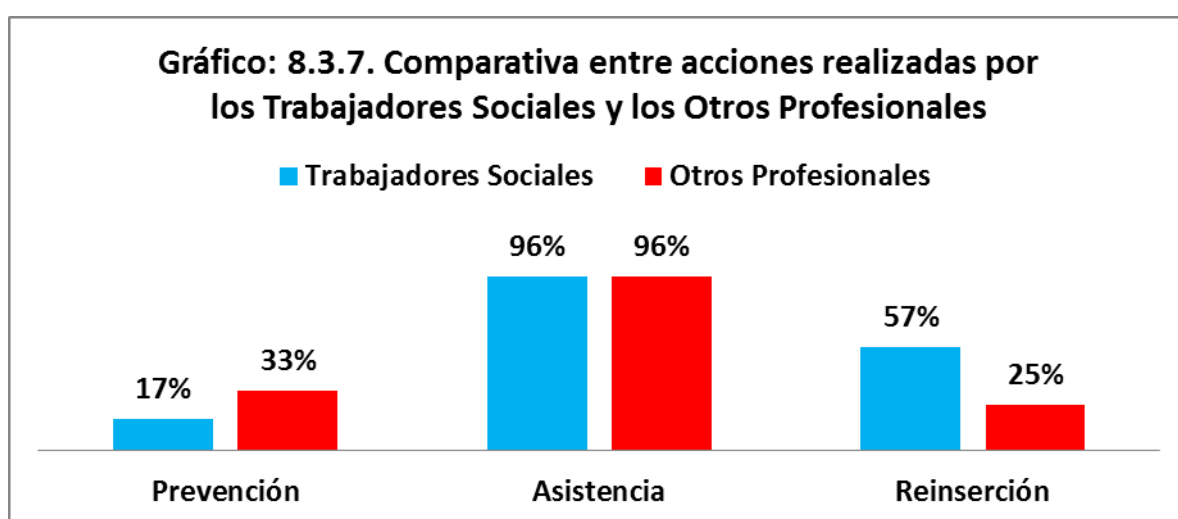
**Fuente:** Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los porcentajes obtenidos indican las acciones que realizan los diferentes profesionales que no son trabajadores sociales y que independientemente de su profesión pueden realizar su tarea en un ámbito, en dos o en los tres: prevención asistencia y/o reinserción. El porcentaje más alto se corresponde con el de asistencia (96%), ya que en los centros de tratamiento ambulatorio analizados la principal actividad o acción se centra en la propia asistencia de la persona drogodependiente. La realidad indica que tanto la fase de prevención como la de reinserción quedan más mermadas en estos centros, posiblemente, por un lado, debido a la intensidad que supone la propia asistencia y, por otro lado, las políticas sociales que imperan en estos centros.

Si hacemos la comparación entre los resultados de los trabajadores sociales (Gráfico 8.2.6. –recogido en el apartado 8.2. Trabajadores Sociales-) y el resultado de los otros profesionales (Gráfico 8.3.6), en cuanto a porcentaje de las acciones realizadas, se observa una similitud en los datos aportados (véase Tabla 8.7. y Gráfico 8.3.7):

<b>Tabla 8.7.: Comparativa entre acciones realizadas por los Trabajadores Sociales y los Otros Profesionales</b>		
	<b>Trabajadores Sociales</b>	<b>Otros Profesionales</b>
Prevención	17%	33%
Asistencia	96%	96%
Reinserción	57%	25%

Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)



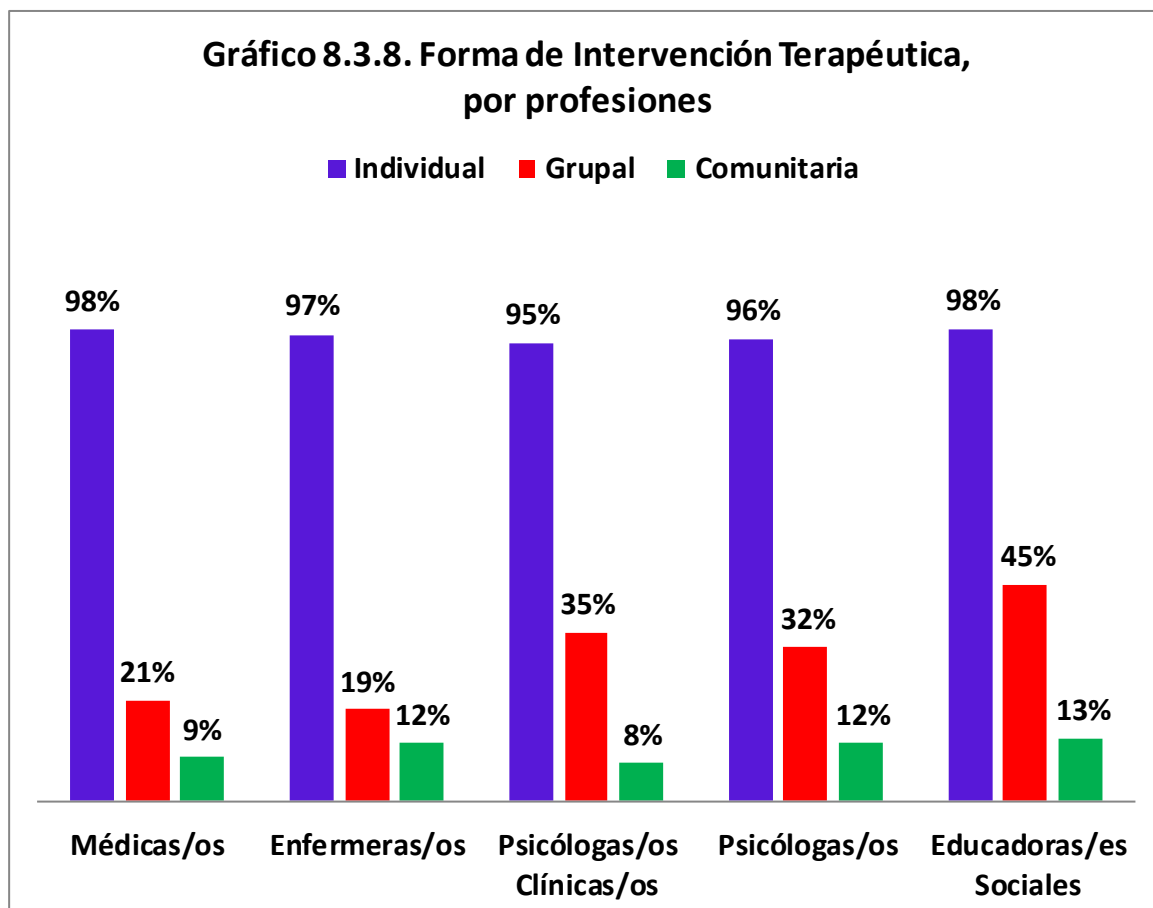
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Tanto la tabla como el gráfico muestran que los Trabajadores Sociales centran su tarea más en reinserción (57%) con respecto al 25% de los Otros Profesionales; y en cambio en las tareas de prevención, el porcentaje es mayor (el 33%) se da en los Otros Profesionales, y tan solo el 17% en los Trabajadores Sociales. Lo que manifiesta que las acciones de la figura de los Trabajadores Sociales dentro de los Centros de Drogas, apuntan más hacia la fase de la reinserción del drogodependiente.

Con respecto a las acciones de asistencia, se iguala el porcentaje a un 96%.

En cuanto a la forma de intervención terapéutica realizada entre los profesionales encuestados, desglosado por profesiones, y destacando que un mismo profesional puede realizar dentro de sus competencias, tareas de las tres formas de intervención

(individual, grupal y/o comunitaria) se recogen los datos obtenidos en el siguiente gráfico: (Gráfico 8.3.8.):

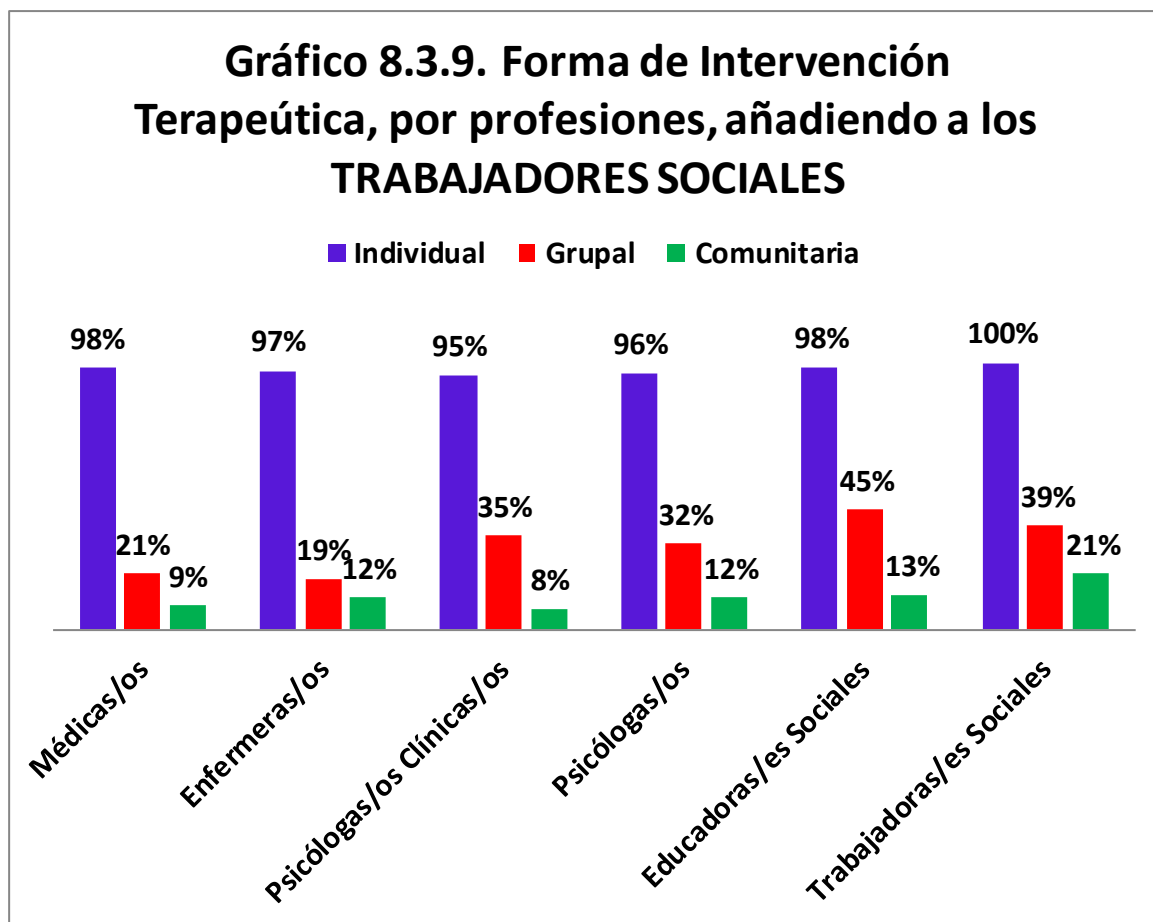


Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se observa en el Gráfico 8.3.8., todos los profesionales encuestados centran su forma de intervención terapéutica en la individual con unos destacados resultados del 98% en las/os médicas/os, 97% en las/os enfermeras/os, 95% en las/os psicólogas/os clínicas/os, 96% en las/os psicólogas/os sin especialidad, y con un 98% en las/os educadoras/es sociales.

Tanto la forma grupal como la comunitaria queda más mermada, aunque repunta en el caso de las/os educadoras/es sociales con un 45% para la forma grupal y con un 13%, para la forma comunitaria (siendo, estos los resultados más altos).

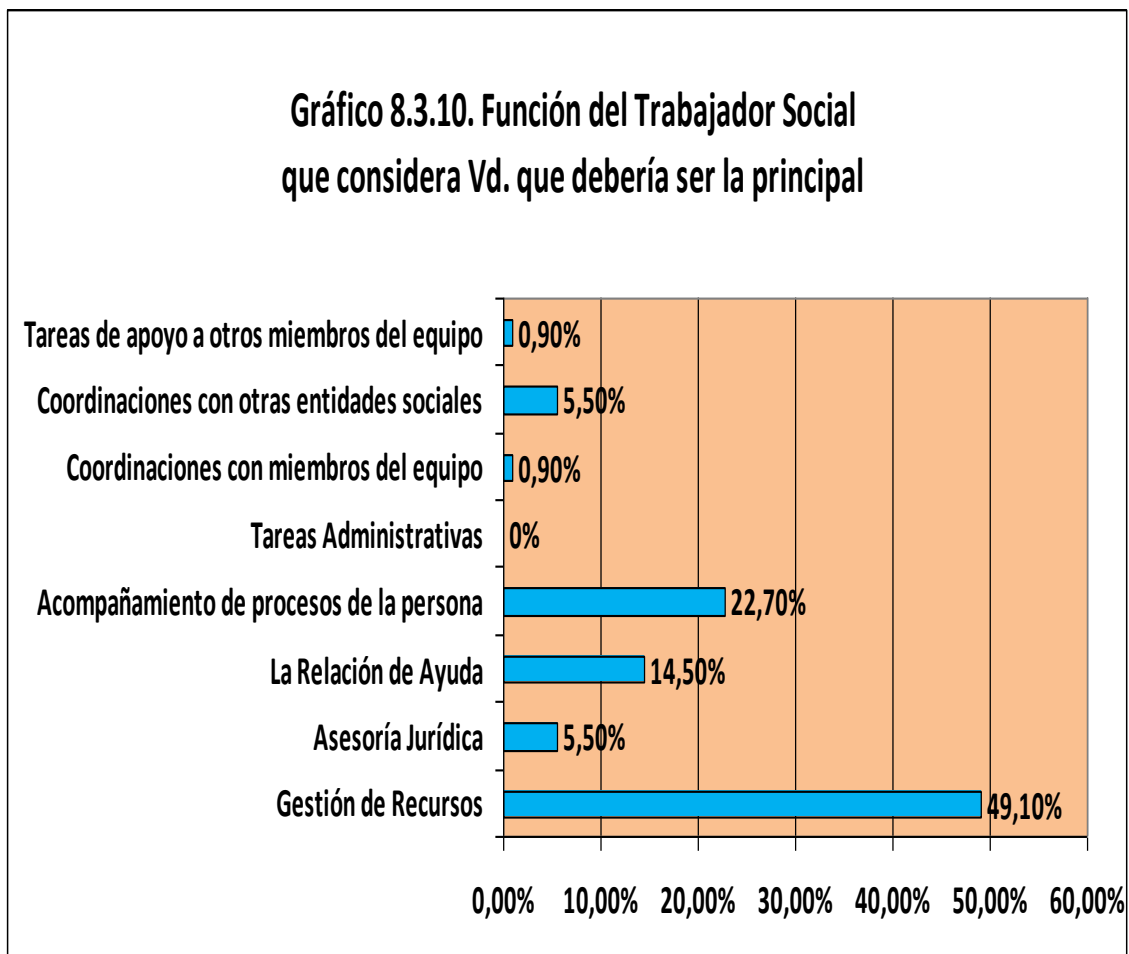
Si se añade la figura de los Trabajadores Sociales, la comparativa se refleja en el Gráfico 8.3.9:



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

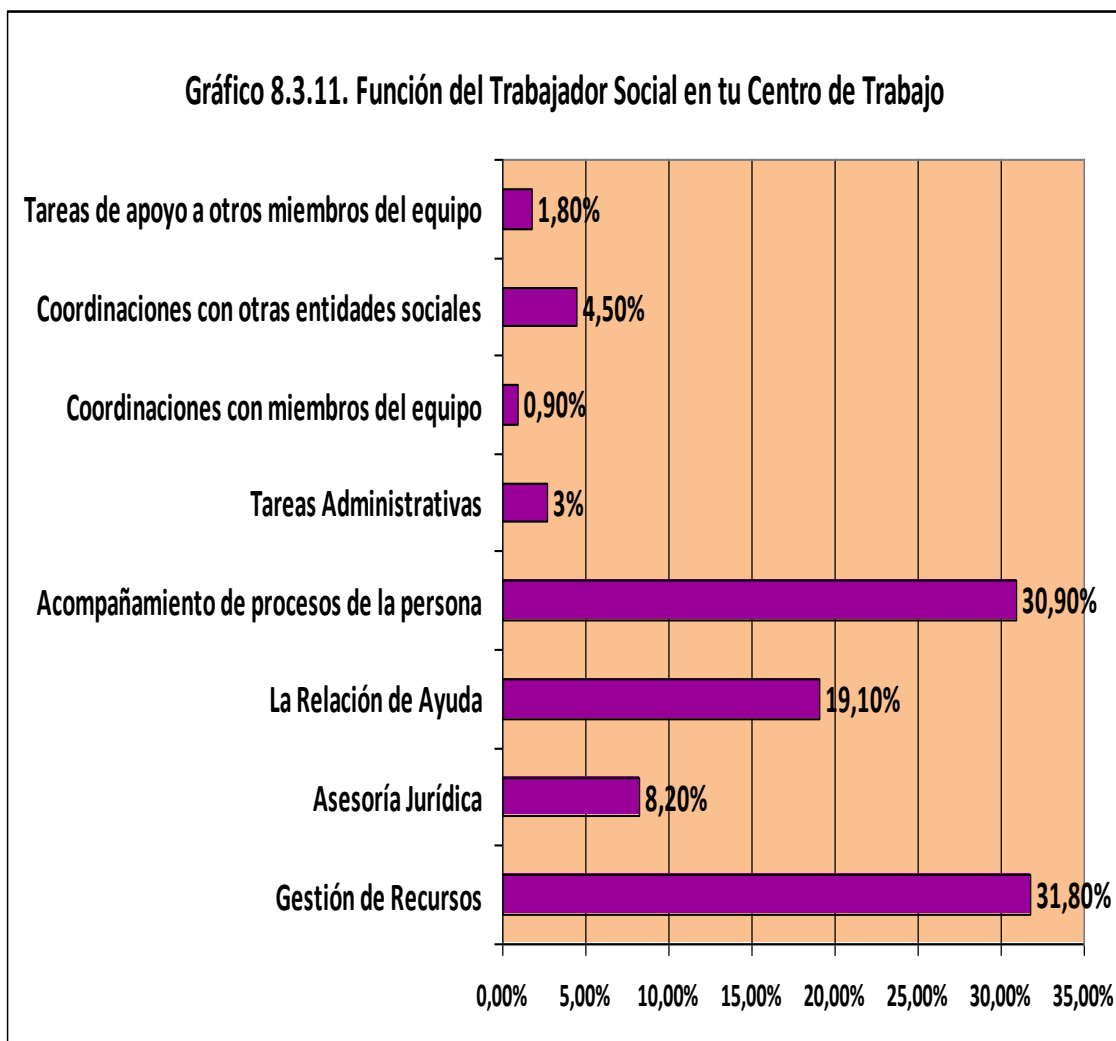
Se observa que todos los trabajadores sociales encuestados realizan la intervención social a nivel individual, y se destaca el 39% en la intervención grupal (solamente superada por la actuación grupal de los educadores sociales), y el 21% en la intervención comunitaria (que resulta ser el dato más alto de todas las profesiones analizadas).

La función que consideran los profesionales encuestados, que debería ser la principal a desarrollar por un trabajador social en un centro de drogodependencias es la de gestión de recursos con un 49,1%, seguido del acompañamiento de procesos de la persona con un 22,7%, y en tercer lugar, la relación de ayuda con un 14,5%. El resto de porcentajes obtenidos se pueden ver en el gráfico 8.3.10 que se detalla a continuación:



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

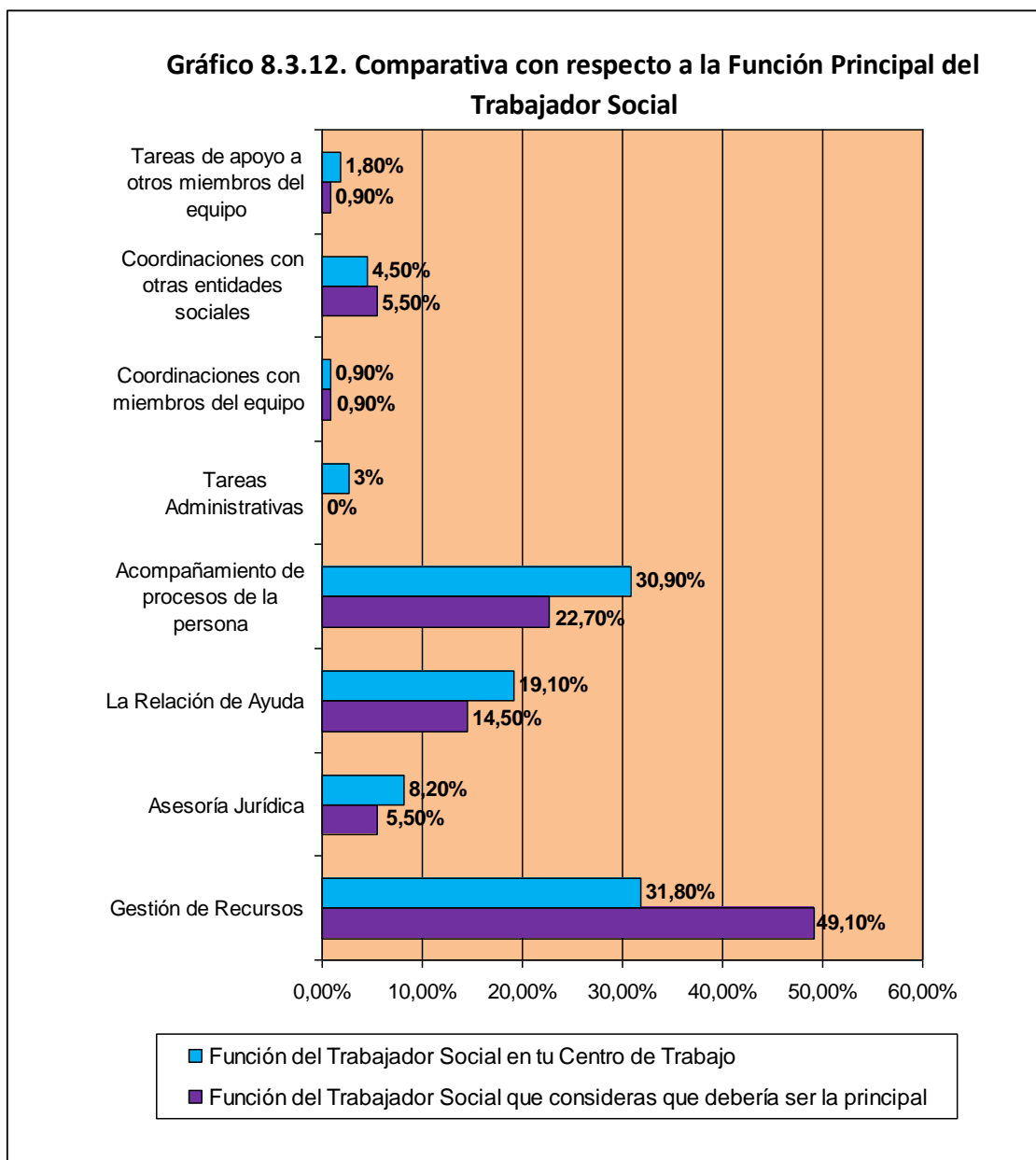
Cuando se les pide a estos mismos profesionales, que expresen su opinión sobre la función principal del trabajador social de su centro de trabajo los resultados son los siguientes (Gráfico 8.3.11):



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los datos de este último gráfico (Gráfico 8.3.11) son muy similares al anterior, observándose alguna diferencia significativa: en Gestión de Recursos, desciende al 31,80%; hay un repunte de la función de la Asesoría Jurídica que aparece con un 8,20% cuando en el anterior, tan solo lo marcaban el 5,50%; en el dato de la Relación de Ayuda se sube a un 19,10% (frente al 14,50%) y en el Acompañamiento de Procesos de la Persona, sube al 30,90% (frente al 22,70%).. En el siguiente gráfico (8.3.12) se pueden ver con mayor detalle estas pequeñas diferencias:





**Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

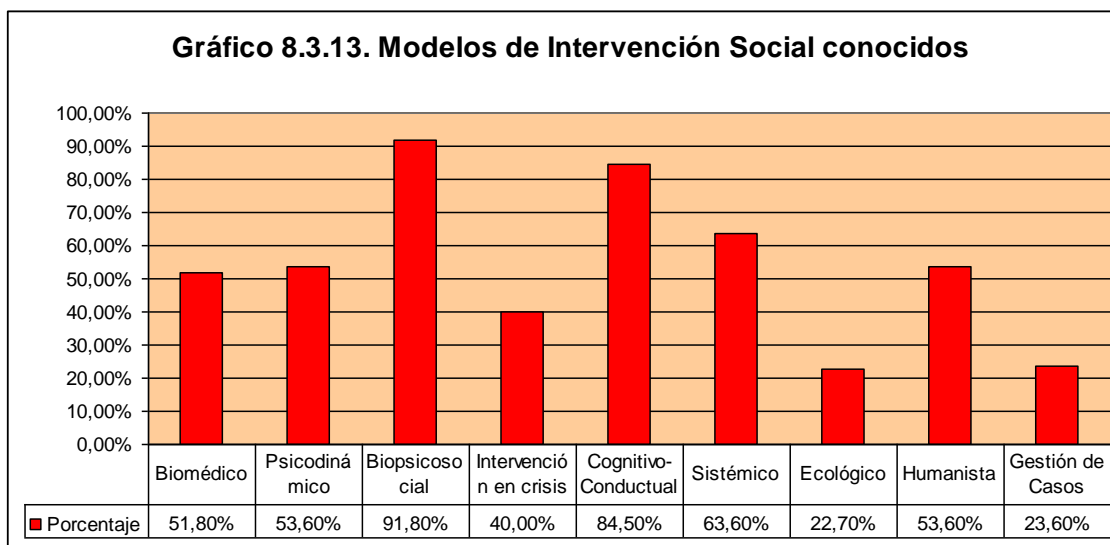
En la siguiente tabla, al igual que en el caso de la opinión de los trabajadores sociales con respecto al funcionamiento en el Equipo de Trabajo, en este caso, con respecto a los otros profesionales que trabajan en los centros de drogas, se detallan las características de un buen funcionamiento en un Equipo de Trabajo. La mayoría de los encuestados (se recuerda que el total de los encuestados fue de 110) respondieron que siempre o casi siempre se dan esas características en su Equipo, al igual que en el análisis de la opinión de los trabajadores sociales, realizado anteriormente, por lo que

se observa, también, una clara satisfacción en el desarrollo de su actividad en el mismo:

<b>Tabla 8.8.: Características del Equipo de Trabajo (Otros Profesionales)</b>	<b>CASI SIEMPRE (Nº de Encuestados)</b>	<b>SIEMPRE (Nº de Encuestados)</b>
Posee un propósito común con valores compartidos	<b>59</b>	<b>12</b>
Tiene metas y objetivos compartidos	<b>51</b>	<b>22</b>
El poder colectivo del equipo puede más que la habilidad individual	<b>40</b>	<b>14</b>
Responsabilidad y delegación en las tareas	<b>47</b>	<b>16</b>
Buenas relaciones personales y de comunicación	<b>47</b>	<b>15</b>
Flexibilidad para adaptarse al cambio	<b>39</b>	<b>11</b>
Compromiso en el desempeño de la tarea	<b>48</b>	<b>27</b>
Se reconoce el trabajo en equipo por todos los que lo forman	<b>35</b>	<b>19</b>
Se tiene sentido de pertenencia, satisfacción por el trabajo y desaparecen los sentimientos negativos	<b>36</b>	<b>11</b>
Los miembros del equipo confían entre ellos. Se produce interdependencia en el equipo	<b>37</b>	<b>13</b>

**Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Con respecto a los modelos de intervención conocidos entre los “otros profesionales encuestados”, los datos obtenidos se expresan en el siguiente gráfico:

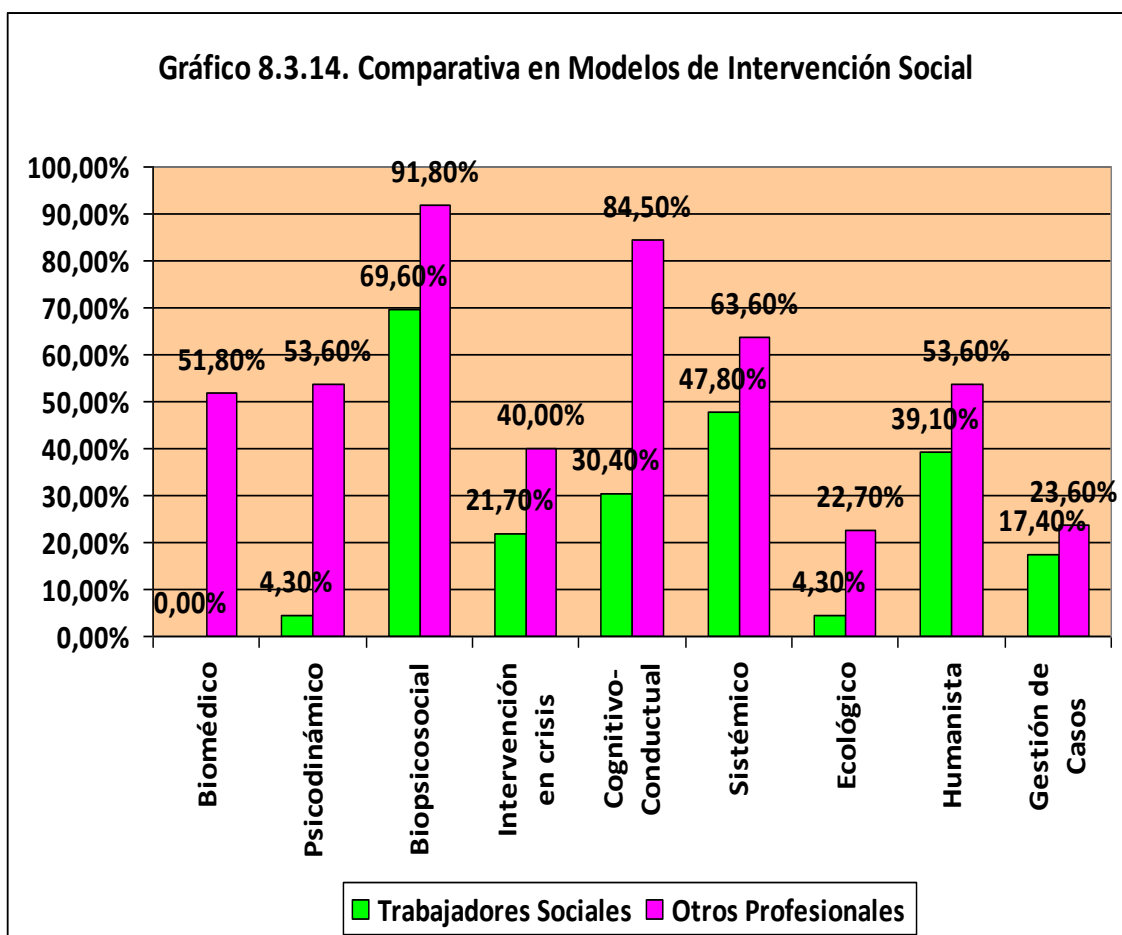


**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Se destaca el modelo biopsicosocial con un 91,80%, seguido del modelo cognitivo-conductual con el 84,50%. El modelo humanista que estaba en tercer lugar, en el caso de los trabajadores sociales, se ubica ahora en esta encuesta, en el cuarto lugar, compartiéndolo con el modelo psicodinámico, con un 53,60% en cada uno de ellos. Se destaca en este aspecto que estos “otros profesionales”, donde como ya se ha ido indicando, están incluidos los médicos y los psicólogos clínicos la realidad de las adicciones tienen una visión desde “la enfermedad”, en contra del planteamiento de los trabajadores sociales, quienes consideran esta realidad más como un problema social del individuo como persona.

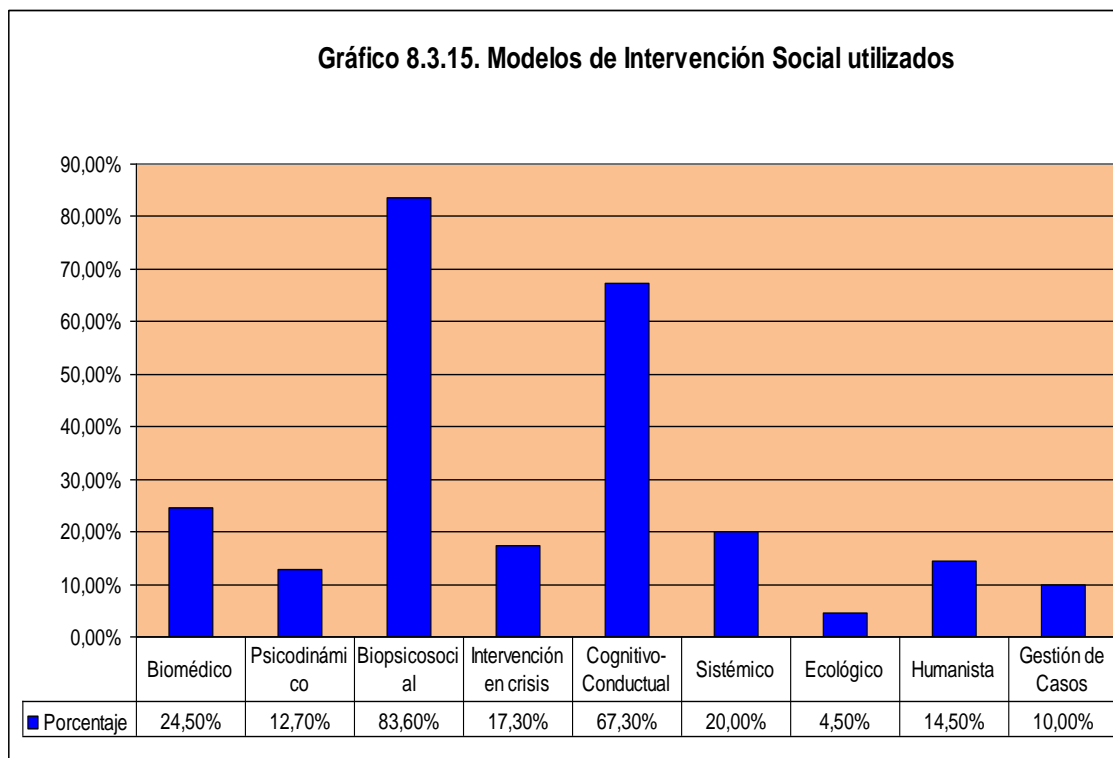
Aquí, se realiza una comparativa entre los modelos de intervención conocidos por los trabajadores sociales y por los otros profesionales. (Ver Gráficos 8.3.14). Como se puede observar en el gráfico, el conocimiento de los diferentes modelos de intervención es similar entre los trabajadores sociales y entre los otros profesionales. Destacar que el conocimiento del modelo biomédico es nulo en el caso de los trabajadores sociales y asciende a un 51,80% para los otros profesionales, considerando que dentro de este grupo se encuentran los médicos y los psicólogos clínicos que sí conocen bien el modelo. Tanto en el grupo de trabajadores sociales encuestados, como en el grupo de los otros profesionales es el modelo biopsicosocial

el que adquiere la mayor puntuación, seguido del modelo cognitivo-conductual para el caso de los otros profesionales, y del modelo humanista para el caso de los trabajadores sociales.



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

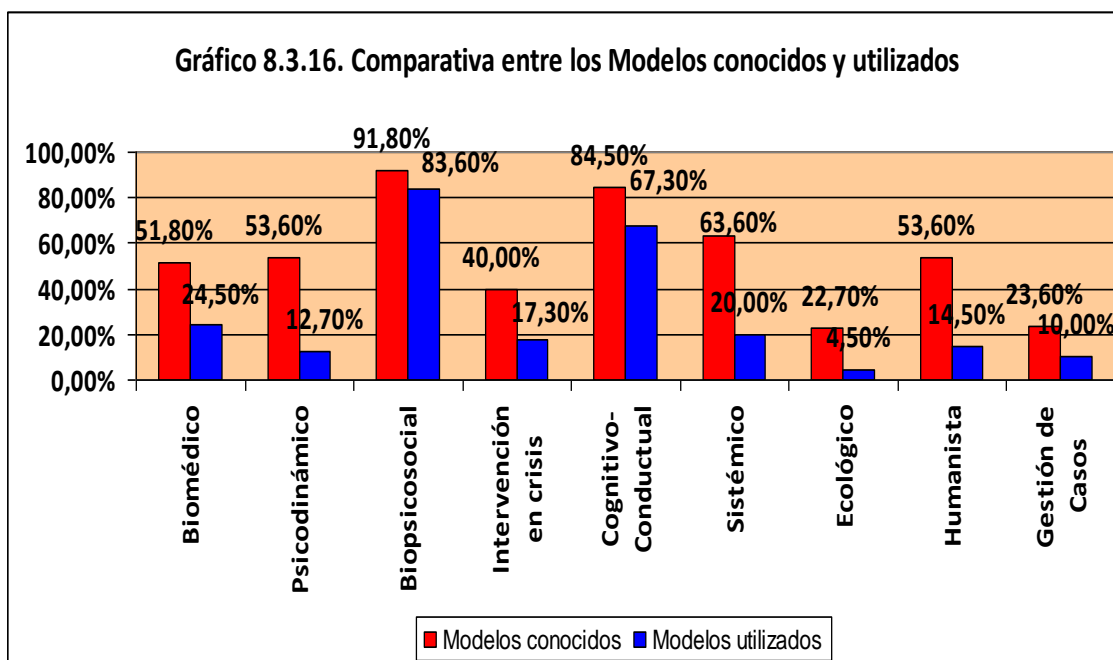
Con respecto a los modelos utilizados en el Centro de Trabajo por este grupo de encuestados (otros profesionales) el resultado es el siguiente:



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Se destaca que los modelos de mayor porcentaje obtenido son: el biopsicosocial (83,60%), seguido del cognitivo-conductual (67,30%). Con un 24,50% es el modelo biomédico el utilizado en tercer lugar, le sigue el modelo de intervención en crisis con un 17,30%, y en quinto lugar y con un 14,50% figura el Modelo Humanista, lo que constata que los profesionales encuestados, en su mayoría “personal clínico” como se viene comentando, no utiliza un modelo de características ajenas a “la clínica”.

Realizando la comparativa entre los modelos de intervención social conocidos por el grupo de otros profesionales encuestados y los modelos que utiliza este mismo grupo se plasma en el siguiente gráfico de barras (Gráfico 8.3.16):



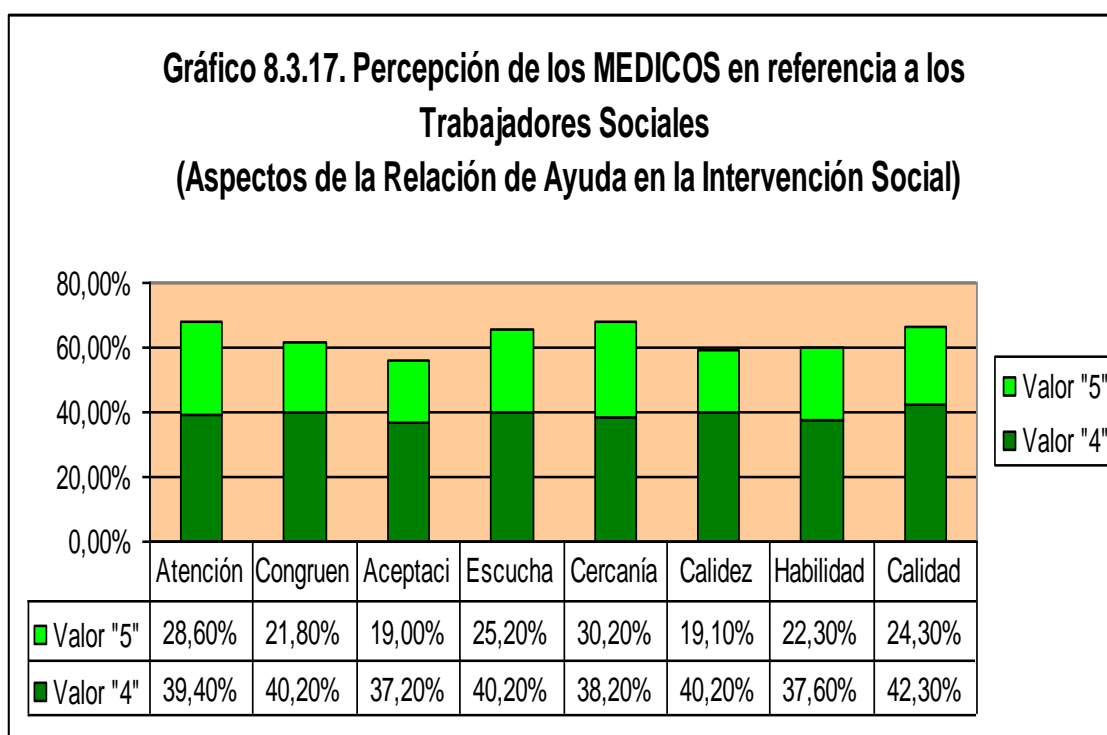
**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los porcentajes muestran un valor más alto cuando al grupo de encuestados se les pregunta por los modelos conocidos que cuando se les pregunta sobre los modelos utilizados en su centro de trabajo. Los posicionamientos de los diferentes modelos preguntados no varían, en ambos gráficos, manteniendo la primera posición el Modelo Biopsicosocial y en segunda posición el Modelo Cognitivo-Conductual.

Desde el punto de vista de los encuestados de otras profesiones, a continuación se muestran, detalladamente, los gráficos del 8.3.17. al 8.3.21., correspondientes a la percepción de cada una de las profesiones analizadas (Médicos, Enfermeros, Psicólogos Clínicos, Psicólogos sin especialidad y Educadores Sociales) con respecto a la figura de los Trabajadores Sociales, en cuanto se refiere a los aspectos de la Relación de la Ayuda en la Intervención Social (atención empática, congruencia, aceptación incondicional, escucha activa, cercanía, calidez, habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente y la calidad en la relación terapéutica establecida). Se expresa el porcentaje de los encuestados que puntúan cada aspecto de la Relación de Ayuda en la Intervención Social, con el valor “4” y el valor “5”, insistiendo que el resultado es la opinión que los encuestados tienen con respecto a lo observado en la

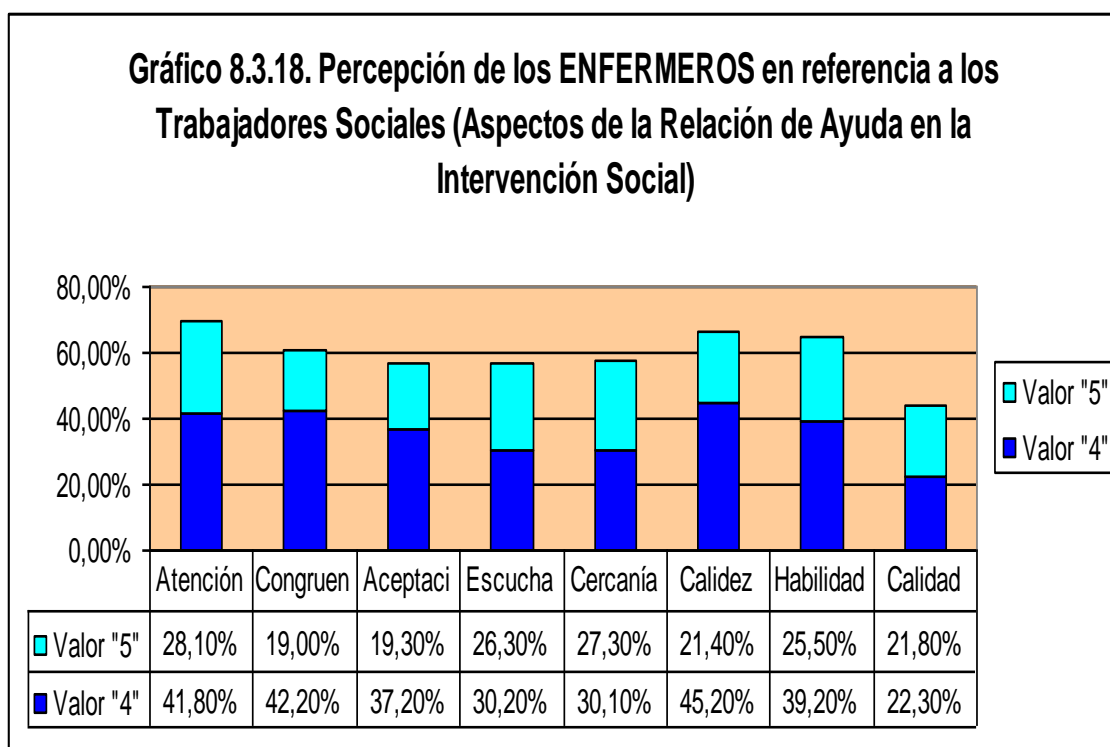
actuación de los trabajadores sociales que trabajan en sus centros. Se observa que con la suma del porcentaje del valor “4” y el porcentaje del valor “5” (que responden a los valores más altos en la encuesta), ofrecen puntuación entre una horquilla que va desde el 20 al 40 %, en cada una de las profesiones, con respecto a la pregunta en cuestión: *“Desde tu punto de vista, señale si el trabajador social de su Centro hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social?”*.

Con respecto a los compañeros “médicos” (Gráfico 8.3.17.) se observa que con el valor “4” el porcentaje más alto se concentra en el aspecto de “calidad en la relación terapéutica establecida” con un 42,30%, que añadido al porcentaje recogido en el valor “5” se obtiene la suma de 66,6%. Es en el aspecto de “cercanía” el que obtiene el porcentaje más alto sumando el valor “4” y el valor “5” con un total del 68,40%.



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

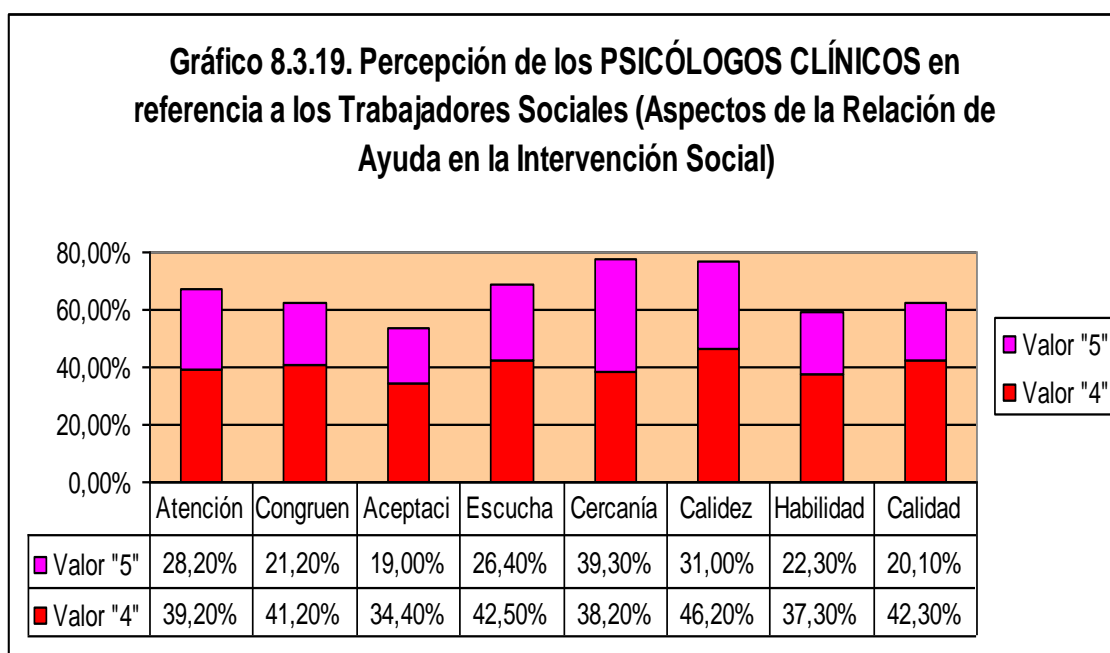
En el caso de los “enfermeros” (Gráfico 8.3.18.) el porcentaje más alto se obtiene en el valor “4” puntuando el aspecto de la “calidez” con un 45,20%, pero el aspecto con el sumatorio mayor (valor “4” y valor “5”) se produce en el de la “atención empática” con 69,90%.



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

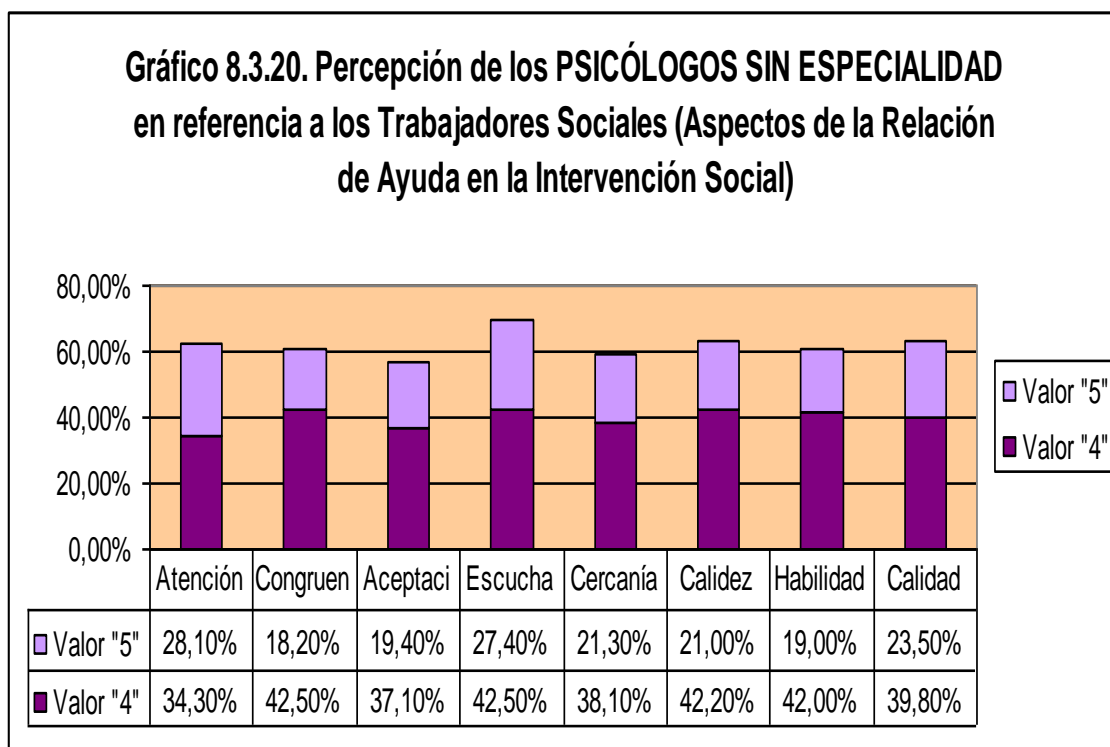


Observando el Gráfico 8.3.19., correspondiente a los “psicólogos clínicos” se puede apreciar que el porcentaje más alto se produce en el valor “4” en el aspecto de “calidez”, coincidiendo con los “enfermeros” en un 46,20%. Si se realiza el sumatorio de ambos valores (“4” y “5”), el aspecto a destacar, en este caso, es el de “cercanía” con un 77,50%, seguido muy de cerca, por el aspecto de “calidez” con un 77,20%.



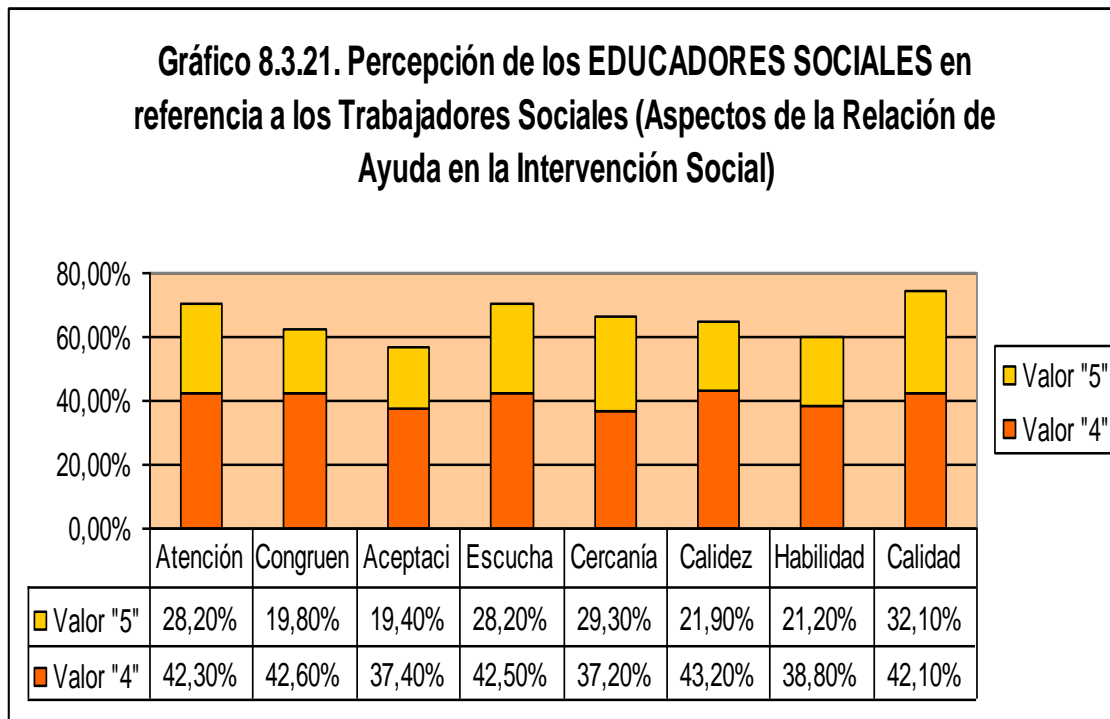
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Con respecto a los “psicólogos sin especialidad” nos encontramos datos muy similares entre los porcentajes, pero es el aspecto de la “escucha activa” el que consta con un 69,90%, sumando los dos valores (“4” y “5”).



**Fuente:** Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

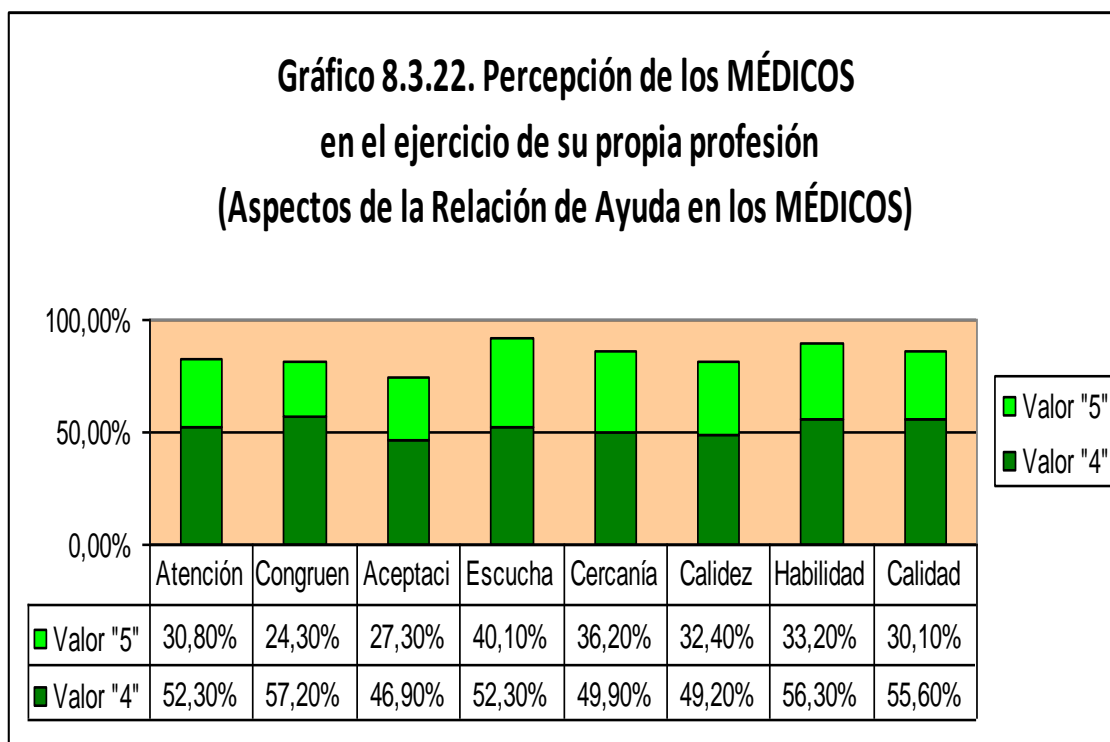
En cuanto a los “educadores sociales” que son la profesión más afín a la de Trabajo Social, apenas se pueden diferenciar los datos obtenidos con el resto de profesionales. Todos los porcentajes son muy similares, y se puede mencionar el aspecto de “la calidad en la relación terapéutica establecida” con un 42,10% en el “valor 4” y un 32,10% en el “valor 5”, lo que hacen un total de 74,20%.



**Fuente:** Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

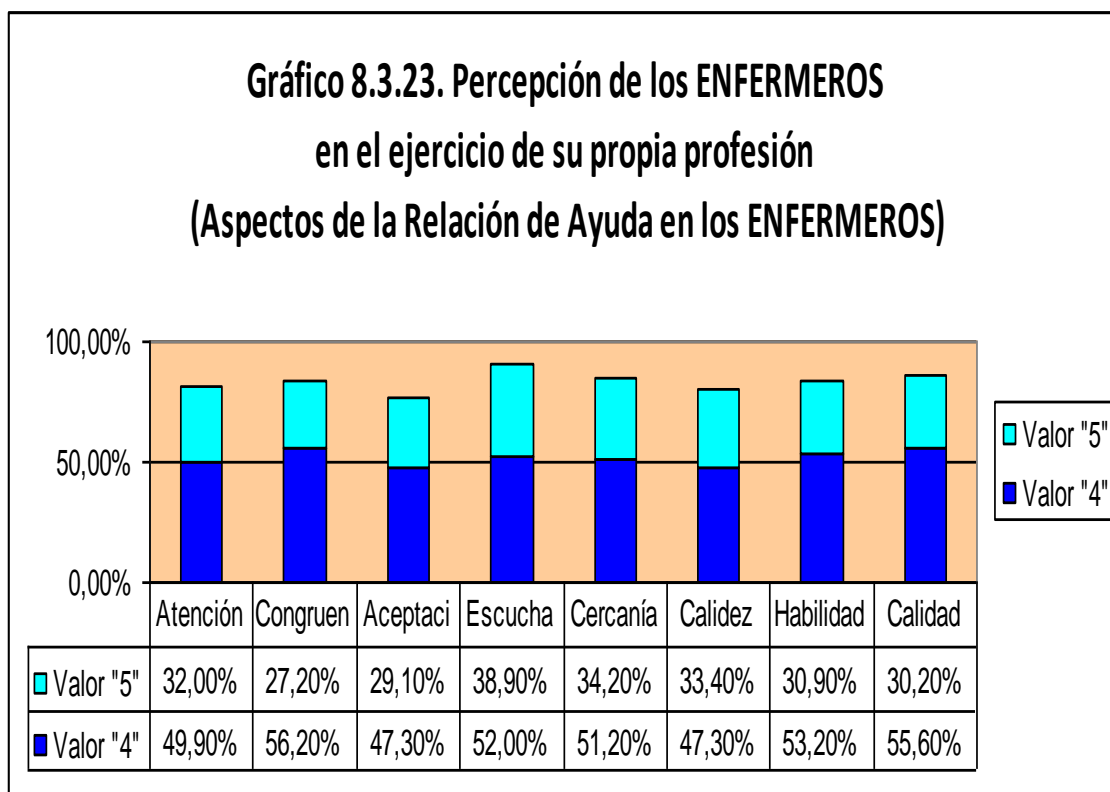
A continuación y en sucesivos Gráficos (del 8.3.22 al 8.3.26) se expresan los resultados de los datos obtenidos por parte de los Otros Profesionales: Médicos, Enfermeros, Psicólogos Clínicos, Psicólogos sin especialidad y Educadores Sociales; sobre los aspectos de la Relación de Ayuda en el ejercicio en su propia profesión:

En el caso de los “médicos” (Gráfico 8.3.22.) nos encontramos que el aspecto más destacado en la percepción que tienen ellos mismos con respecto al ejercicio de su propia profesión es el de “escucha activa” con un porcentaje del 92,40%.



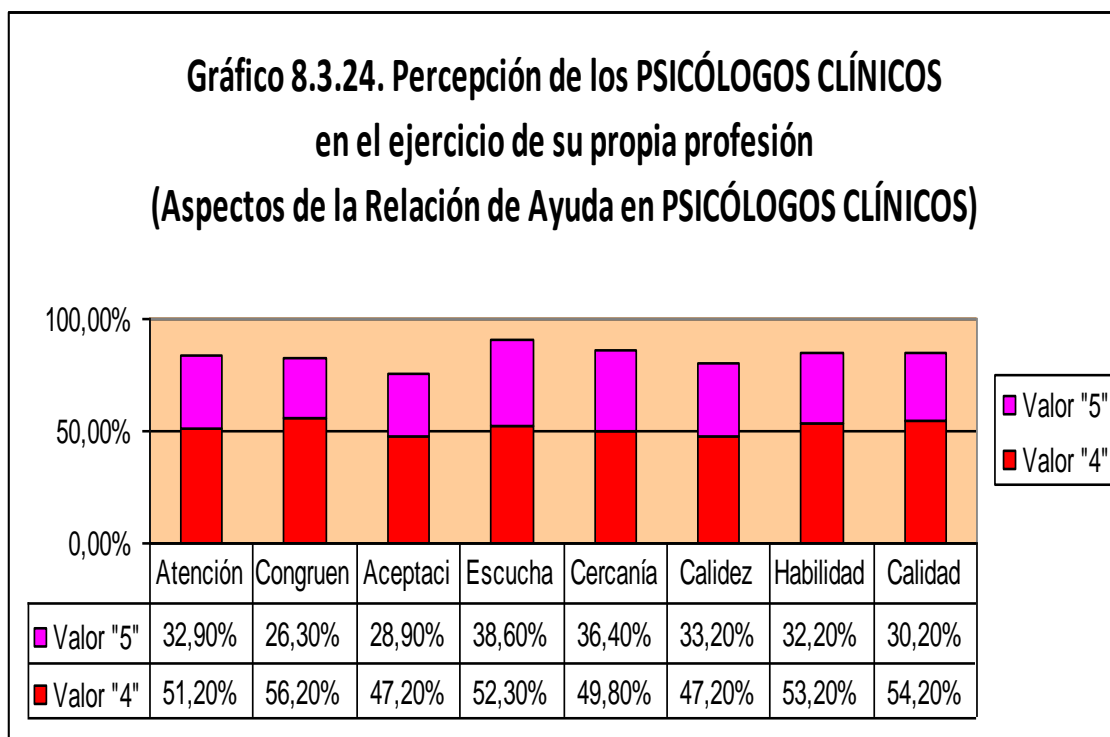
**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Si nos centramos en el caso de los “enfermeros” (Gráfico 8.3.23) es también la “escucha activa” el aspecto que obtiene el 90,90%, siendo este aspecto el más valorado desde el ejercicio de su propia profesión. El resto de resultados son muy similares entre el resto de aspectos de la Relación de Ayuda.



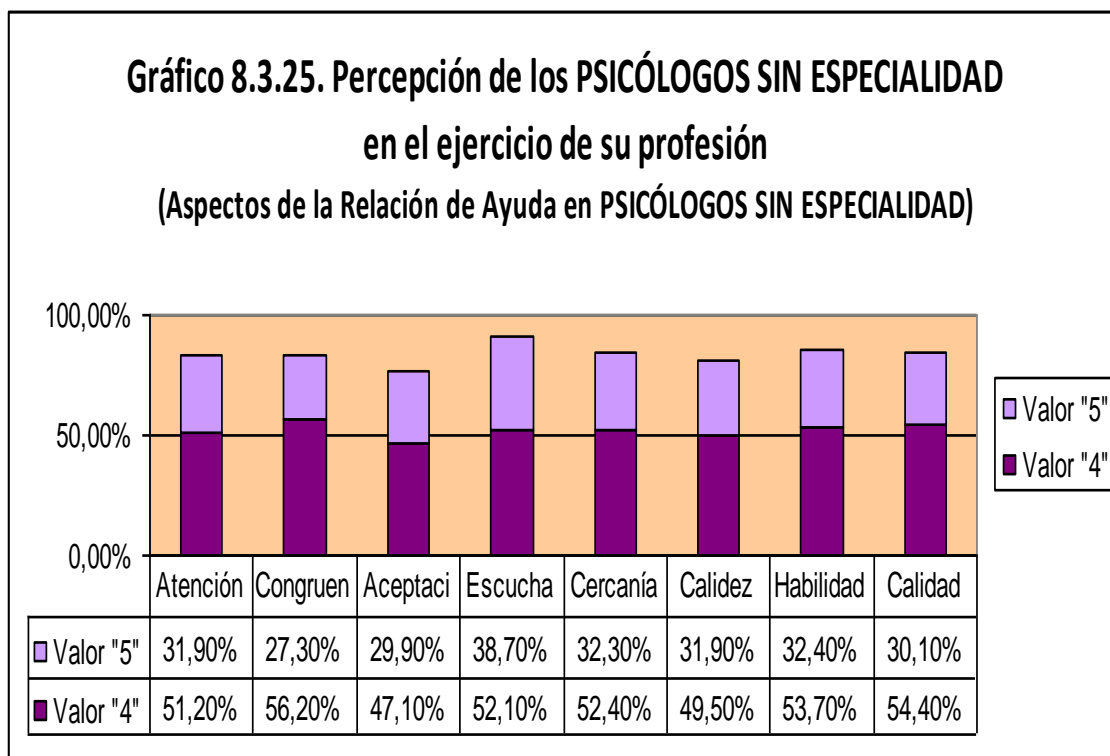
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se viene observando en los diferentes gráficos los resultados en los porcentajes son similares, apreciando que el aspecto de la Relación de Ayuda en el caso de los “psicólogos clínicos” (Gráfico 8.3.24) en el ejercicio de su profesión, es de nuevo la “escucha activa” con un total (entre ambos valores, “4” y “5”) de un 90,90%.



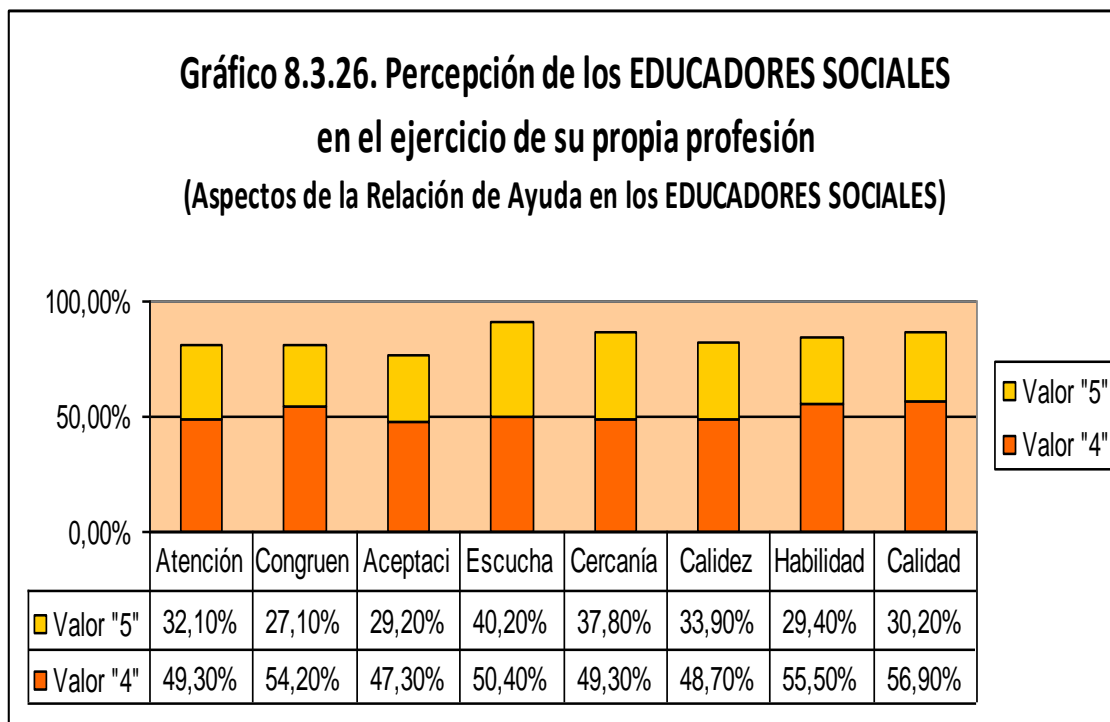
**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Ocurre algo similar en el caso de los “psicólogos sin especialidad” (Gráfico 8.3.25) cuyo aspecto de Relación de Ayuda más acentuado es el de la “escucha activa” con un 90,80%, seguido del de “habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente”, con un 86,10%.



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En el caso de los “educadores sociales” (Gráfico 8.3.26), siguiendo en la misma línea se obtiene un 90,60% con la suma de los dos valores (“4” y “5”) en el aspecto de la “escucha activa”.



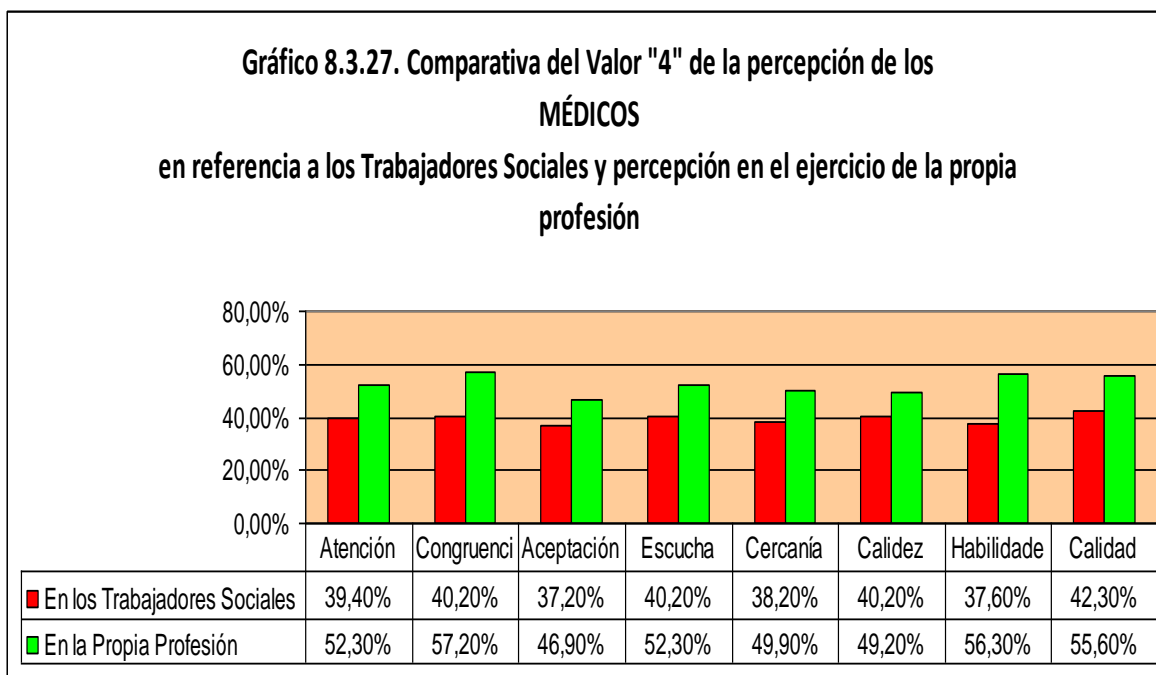
**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Desde la percepción que tienen los profesionales en el ejercicio de su propia profesión, en referencia a los aspectos de la Relación de Ayuda, los porcentajes obtenidos en las respuestas se disparan en comparación a la percepción de estos mismos profesionales con respecto a los Trabajadores Sociales, de tal manera, que la horquilla de puntuación, esta vez, va desde el 30 al casi 60%.

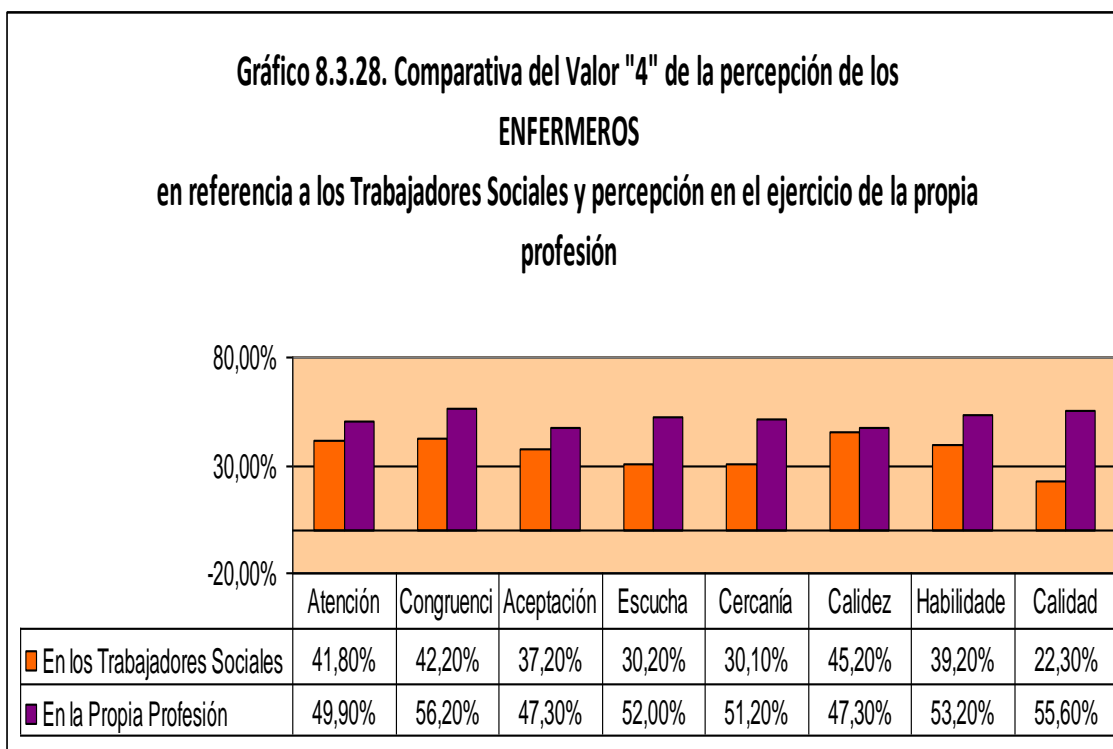
A continuación, y con el fin de considerar las diferencias porcentuales de los otros profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos clínicos, psicólogos sin especialidad y educadores sociales) entre la percepción en los Trabajadores Sociales y la percepción en la propia profesión, se realiza una comparativa detallada por cada disciplina, y por el valor “4”, por un lado, y por el valor “5”, por otro –como se ha venido especificando hasta el momento-.



En el caso de la comparativa con el valor "4" se observan los datos en los siguientes gráficos (Del Gráfico 8.3.27. al Gráfico 8.3.31.):

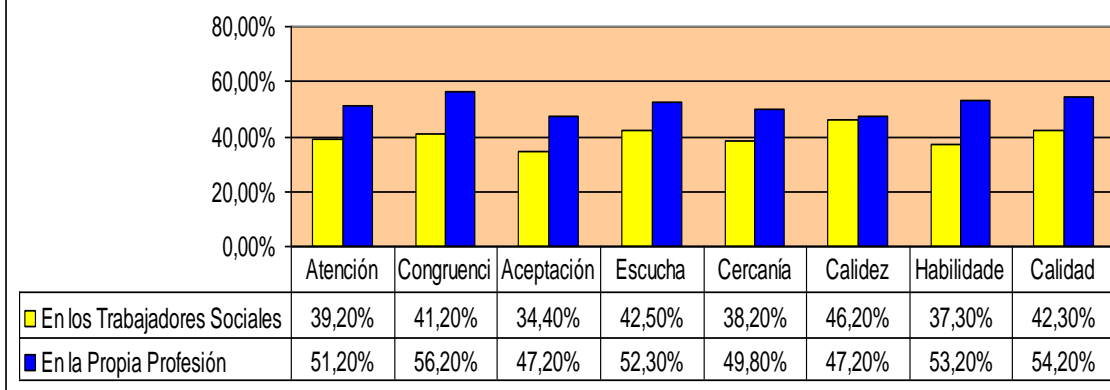


Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)



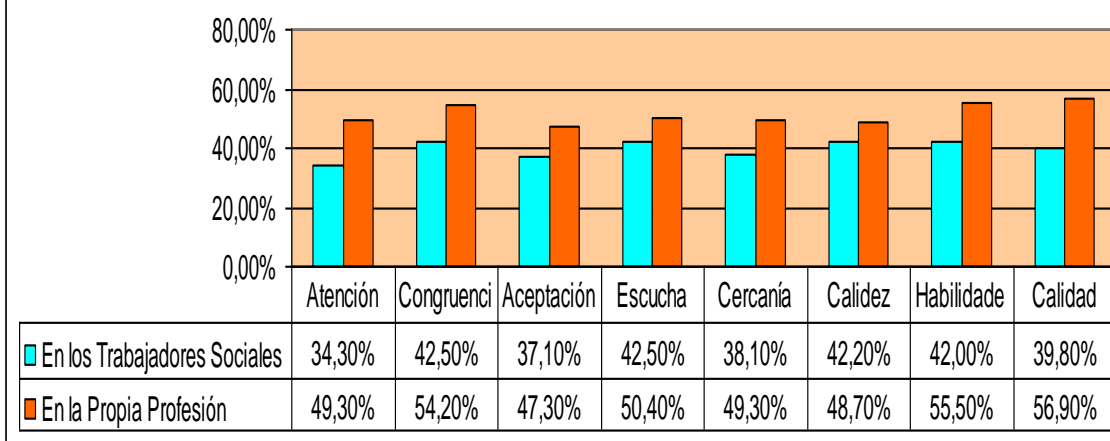
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**Gráfico 8.3.29. Comparativa del Valor "4" de la percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**

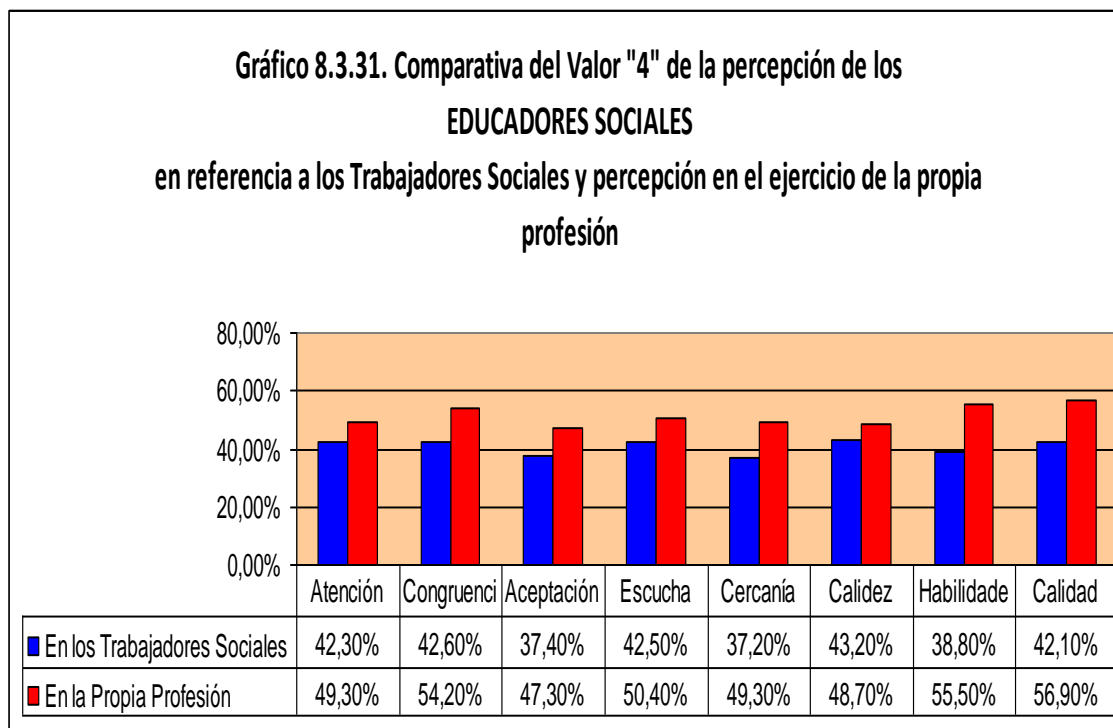


**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

**Gráfico 8.3.30. Comparativa del Valor "4" de la percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**



**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

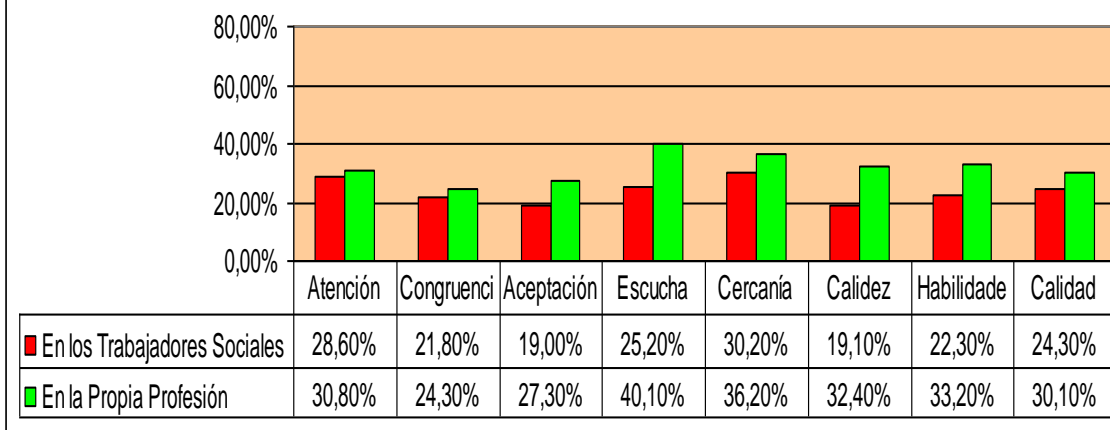


**Fuente:** Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se puede observar en todos los gráficos, en cuanto al valor "4" se refiere, se aprecia un porcentaje mayor cuando cada profesional hace su valoración con respecto a la percepción de su propia profesión en comparación a la percepción que tienen con respecto a los trabajadores sociales.

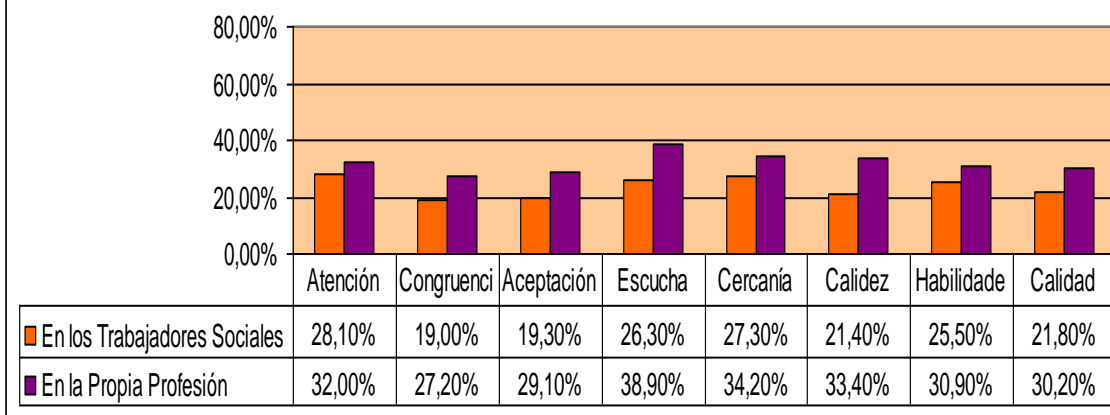
En el caso de la comparativa con el valor "5" se observan datos de similares características en los correspondientes gráficos (Del Gráfico 8.3.32. al Gráfico 8.3.36.):

**Gráfico 8.3.32. Comparativa del Valor "5" de la percepción de los MÉDICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**



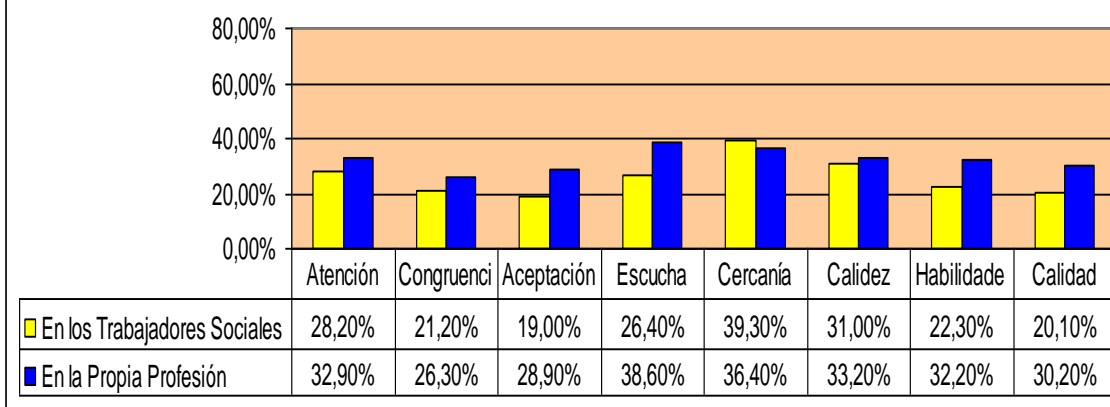
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**Gráfico 8.3.33. Comparativa del Valor "5" de la percepción de los ENFERMEROS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**



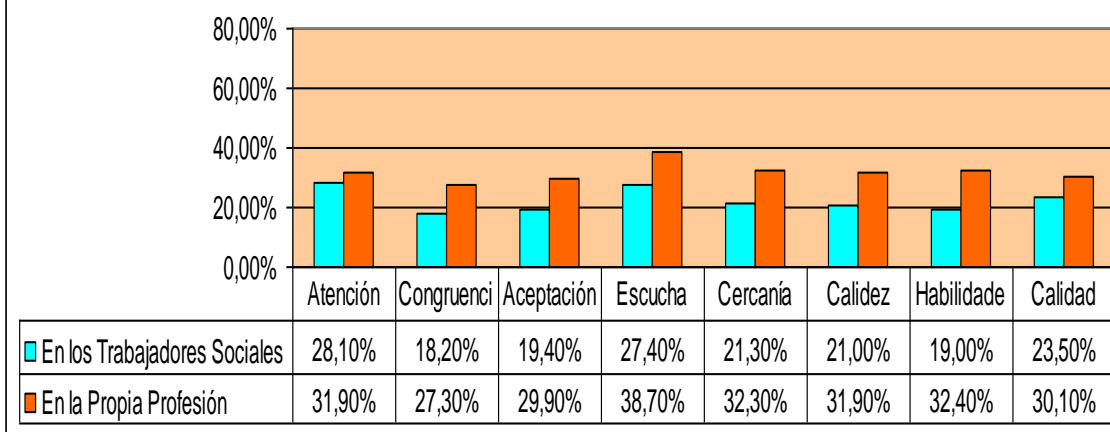
Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**Gráfico 8.3.34. Comparativa del Valor "5" de la percepción de los PSICÓLOGOS CLÍNICOS en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**

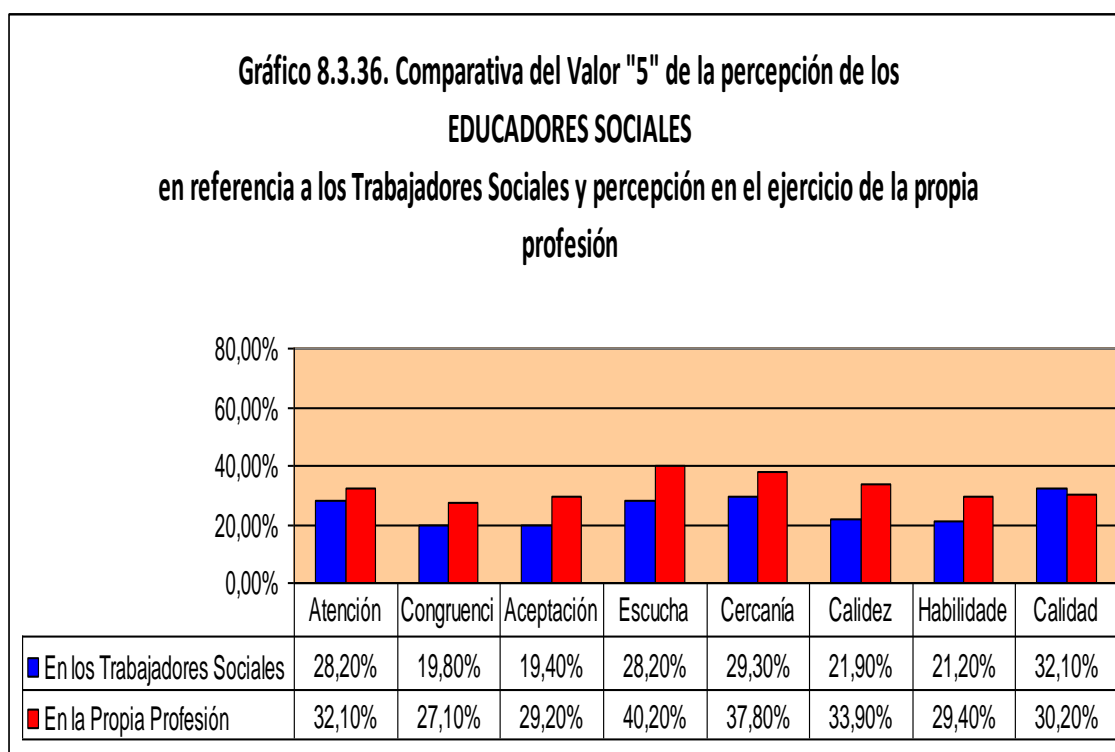


Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

**Gráfico 8.3.35. Comparativa del Valor "5" de la percepción de los PSICÓLOGOS SIN ESPECIALIDAD en referencia a los Trabajadores Sociales y percepción en el ejercicio de la propia profesión**



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)



**Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

Tras la exposición de estos gráficos, se reitera que, el dato más evidente es que los profesionales encuestados tienen la percepción de que ellos mismos, en el ejercicio de su propia profesión, aplican los aspectos de la Relación de Ayuda en mayor medida que sus compañeros, los trabajadores sociales.

Volviendo a reincidir en este aspecto, al igual que se hizo en el anterior epígrafe (8.2. Trabajadores Sociales), esta actitud demuestra que los equipos de trabajo, objeto del estudio, están formados por grupos de personas de diferentes profesiones, manifestando que los comportamientos de cada grupo son estancos y se tiene la percepción de querer defender el espacio profesional de cada uno, como si de un territorio propio se tratara, lo que indica que no se favorece la complementariedad del trabajo en equipo, sino la multidisciplinariedad, desde la cual, cada profesión defenderá su área disciplinar sin entrar en la valoración de un trabajo interdisciplinar.

Con todo esto, se podría considerar que se admite que “el otro profesional”, aunque también pertenece al mismo equipo de trabajo, pueda intervenir, pero no se valora o no se le da la importancia que puede tener su disciplina en el equipo.

Otro aspecto a considerar en referencia a los resultados, es que el propio trabajador social valora que hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda como algo propio de su profesión, pero los otros profesionales no lo valoran de la misma manera, considerando estos últimos, que la aplicación de estos aspectos de la Relación de Ayuda no son necesariamente propios del trabajador social, sino todo lo contrario, que pertenecen a ellos (médicos, enfermeros, psicólogos clínicos, psicólogos sin especialidad y educadores sociales).

En cuanto a la mejora de la atención en los pacientes, de los 110 profesionales encuestados, 106 (el 96,40%) consideran que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes. En la siguiente tabla (Tabla 8.12.) se detallan los ítems y los porcentajes obtenidos en cada uno de ellos:

<b>Tabla 8.9.: Mejorar la atención prestada a los pacientes</b>	
Aumentando el número de trabajadores sociales en tu Centro	23,60%
Aumentando el número de otros profesionales en tu Centro	46,20%
Teniendo más tiempo para la atención de cada paciente	34,90%
Mejorando las relaciones del equipo	50,00%
Aumentando la coordinación con el equipo	63,20%
Estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas de todos los profesionales del equipo	50,90%

**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Destacar el 63,20% de los encuestados que contestan que aumentando la coordinación con el equipo se podría mejorar la atención prestada a los pacientes, y con un 50,90%, estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas de todos los profesionales del equipo. Tras esta respuesta, existe un interés por mejorar la dinámica del equipo de trabajo y con ello la coordinación, destacando las diferentes tareas de cada profesional. Se deja entrever que una mejora en la coordinación entre los diferentes profesionales del equipo puede revertir en una mejoría que percibiría el paciente en su cuidado.

Los encuestados, también consideran que podría mejorarse la atención a los pacientes si se aumentara el número de profesionales en el centro de trabajo, el 46,20% de los encuestados marcan la opción de “aumentando el número de otros profesionales en tu centro”, y un 23,60% de los encuestados, consideran que se mejoraría la atención “aumentando el número de trabajadores sociales”.

Con estos resultados, se destaca que los encuestados consideran como algo prioritario en la atención a los pacientes, lo relacionado con el equipo de trabajo, ya sea mejorando las relaciones, aumentando la coordinación, y teniendo en consideración las aportaciones que cada profesional en su área puede aportar.

Con el fin de conocer la opinión de los otros profesionales con respecto a la figura del trabajador social en los equipos de trabajo, en la siguiente tabla (Tabla 8.13) se detallan los porcentajes obtenidos en función de si están totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o totalmente de acuerdo con los respectivos ítems. Se utiliza un modo de visualización de los datos por colores (rojo –del 0% al 10%-, amarillo –del 11% al 30%- y verde –Mayores de 30%-) para integrar la magnitud de los datos:



<b>TABLA 8.10.: Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los otros profesionales)</b>					
<b>El/la Trabajador Social/a</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
<b>Es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo</b>	<b>0,9%</b>	<b>0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>40,9%</b>	<b>57,3%</b>
<b>Forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico.</b>	<b>0,9%</b>	<b>4,5%</b>	<b>7,3%</b>	<b>41,8%</b>	<b>45,5%</b>
<b>Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo</b>	<b>0,9%</b>	<b>4,5%</b>	<b>11,8%</b>	<b>45,5%</b>	<b>37,3%</b>
<b>Diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso</b>	<b>1,8%</b>	<b>8,2%</b>	<b>19,1%</b>	<b>35,5%</b>	<b>35,5%</b>
<b>Colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro</b>	<b>29,1%</b>	<b>27,3%</b>	<b>10,9%</b>	<b>25,5%</b>	<b>7,3%</b>
<b>Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes</b>	<b>58,2%</b>	<b>25,5%</b>	<b>9,1%</b>	<b>7,3%</b>	<b>0%</b>

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

A continuación, en la Tabla 8.14, se vuelve a indicar los datos de la Tabla 8.5., que ya se describió en el epígrafe anterior, donde se detallan los datos de la opinión que tienen los trabajadores sociales sobre las funciones de su propio trabajo en los equipos terapéuticos, para así, y tras indicar estos datos, poder hacer una comparativa de opinión entre los trabajadores sociales y los otros profesionales (Como viene siendo habitual, se utiliza un modo de visualización de los datos por colores (rojo –del 0% al 10%-, amarillo –del 11% al 30%- y verde –Mayores de 30%-) para integrar la magnitud de los datos):

<b>TABLA 8.11.: Funciones del Trabajador Social en los Equipos de Trabajo (Opinión de los trabajadores sociales)</b>					
El/la Trabajador Social/a	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo	0%	0%	4%	13%	83%
Forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico.	0%	9%	9%	9%	74%
Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo	0%	13%	4%	13%	70%
Diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso	4%	4%	9%	17%	65%
Colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro	48%	26%	4%	9%	13%
Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes	61%	17%	9%	9%	4%

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Para hacer la comparativa entre ambas tablas, se desarrolla a continuación, otra con los datos confrontados:

<b>TABLA 8.12.: Comparativa entre Otros Profesionales (rojo) y Trabajadores Sociales (negro)</b>					
<b>El/la Trabajador Social/a</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo	0,9% - 0%	0% - 0%	0,9% - 4%	40,9% - 13%	57,3% - 83%
Forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico.	0,9% - 0%	4,5% - 9%	7,3% - 9%	41,8% - 9%	45,5% - 74%
Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo	0,9% - 0%	4,5% - 13%	11,8% - 4%	45,5% - 13%	37,3% - 70%
Diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso	1,8% - 4%	8,2% - 4%	19,1% - 9%	35,5% - 17%	35,5% - 65%
Colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro	29,1% - 48%	27,3% - 26%	10,9% - 4%	25,5% - 9%	7,3% - 13%
Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes	58,2% - 61%	25,5% - 17%	9,1% - 9%	7,3% - 9%	0% - 4%

**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En esta tabla de comparación entre los porcentajes con respecto a las opiniones de los otros profesionales y los trabajadores sociales se observa que, a nivel global, los porcentajes en la columna de “totalmente de acuerdo” son los porcentajes más altos en los dos grupos comparados (otros profesionales y trabajadores sociales).

Haciendo un análisis más pormenorizado de la **opinión** de ambos grupos: Otros Profesionales, por un lado; y Trabajadores Sociales, por otro, los porcentajes más

significativos se describen a continuación: La figura del “trabajador social” es necesaria dentro del equipo de trabajo con un 83%, por parte de los trabajadores sociales y de un 57,3% por parte de los otros profesionales; Forma parte del equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico con un 74% de los trabajadores sociales, y con un 45,5% de los otros profesionales; Participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo con un 70% de los trabajadores sociales, y con un 37,3% de los otros profesionales; Y diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso con un 65% de los trabajadores sociales, y con un 35,5% de los otros profesionales. Por tanto, se constata que son los porcentajes más altos obtenidos en la comparativa de la opinión de ambos grupos.

En la columna opuesta (“totalmente en desacuerdo”) los porcentajes son muy similares, y en los dos últimos ítems con porcentaje significativo a analizar: *“Colabora, solo puntualmente en situaciones / casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro”*, los trabajadores sociales consideran que están totalmente en desacuerdo con un 48%, y con un 29,1%, por parte de los otros profesionales; y en el caso del ítem *“Está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes”*, los trabajadores sociales dan un 61%, y resultado similar (un 58,2%) por parte de los otros profesionales.

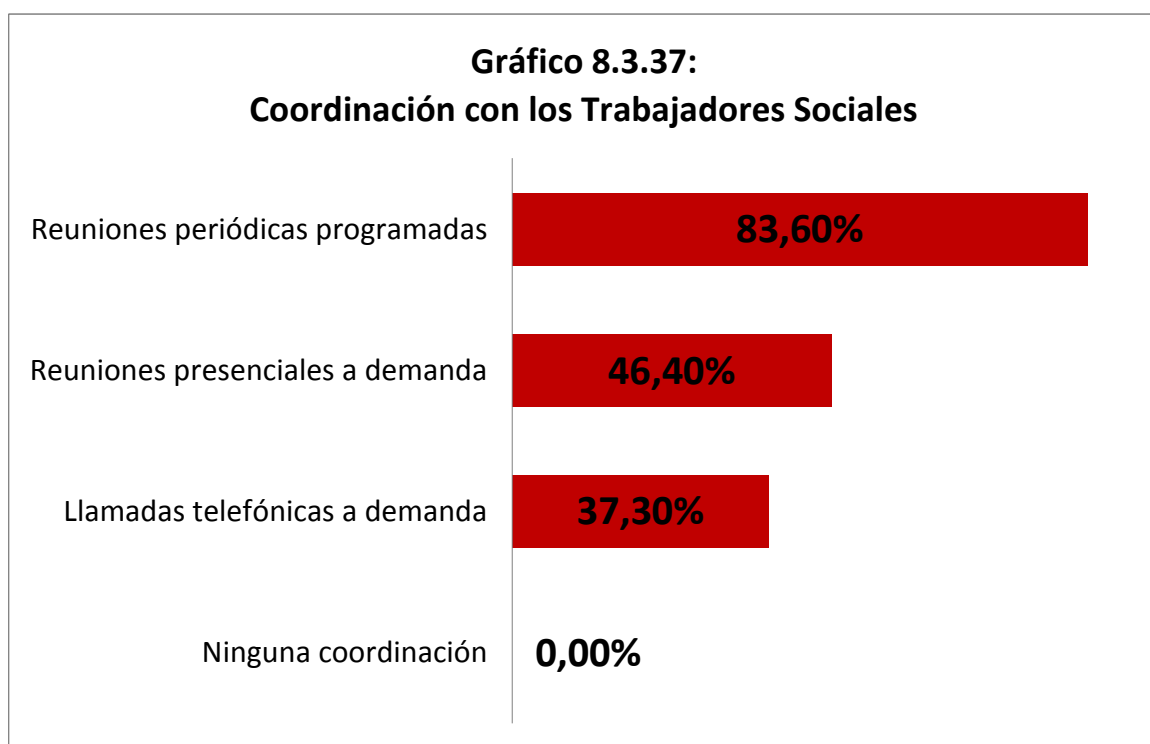
De esta manera, se constata pues, que existe una consideración positiva, en cuanto a que es necesaria la figura del trabajador social, tanto entre los propios trabajadores sociales, como por parte, de los otros profesionales, que consideran pues, también necesaria esta figura en los Equipos de Trabajo y desde el inicio del proceso terapéutico. A pesar de que la profesión del Trabajo Social se considera que está fuera de las profesiones sanitarias, según la legislación vigente, y no se considera una profesión clínica, los profesionales del ámbito, sí entienden que estos deben participar activamente como una profesión más en los procesos.

En cuanto al tipo de coordinación que tienen los profesionales del Centro de Drogas con los trabajadores sociales de su propio centro, los datos recogidos son los siguientes:

<b>Tabla 8.13.: Coordinación con los Trabajadores Sociales</b>	
<b>Ninguna coordinación</b>	<b>0,00%</b>
<b>Llamadas telefónicas a demanda</b>	<b>37,30%</b>
<b>Reuniones presenciales a demanda</b>	<b>46,40%</b>
<b>Reuniones periódicas programadas</b>	<b>83,60%</b>

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En el siguiente Gráfico (Gráfico 8.3.37) se observa con más detalle estos resultados:



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

En el caso, del tipo de coordinación que estos mismos profesionales realizan con otros profesionales, y que no son trabajadores sociales, los datos recogidos se expresan a continuación:

<b>Tabla 8.14.: Coordinación con Otros Profesionales</b>	
<b>Ninguna coordinación</b>	<b>0,00%</b>
<b>Llamadas telefónicas a demanda</b>	<b>29,10%</b>
<b>Reuniones presenciales a demanda</b>	<b>44,50%</b>
<b>Reuniones periódicas programadas</b>	<b>80,90%</b>

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

De manera gráfica queda así (Ver Gráfico 8.3.38.):



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se puede observar, los resultados son muy similares. Así se pueden ver en la siguiente tabla comparativa:

<b>Tabla 8.15.: Comparativa entre la Coordinación con los Trabajadores Sociales y Otros Profesionales</b>		
	<b>Con los Trabajadores Sociales</b>	<b>Con Otros Profesionales</b>
<b>Ninguna coordinación</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00%</b>
<b>Llamadas telefónicas a demanda</b>	<b>37,30%</b>	<b>29,10%</b>
<b>Reuniones presenciales a demanda</b>	<b>46,40%</b>	<b>44,50%</b>
<b>Reuniones periódicas programadas</b>	<b>83,60%</b>	<b>80,90%</b>

Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

A través del siguiente diagrama de barras se aplica dicha comparativa mostrándose en el Gráfico 8.3.39:



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

A la pregunta del cuestionario, de si consideran que los trabajadores son necesarios en el ámbito de las drogodependencias, el 99,1% de los encuestados consideran que sí son necesarios.

A continuación se detallan las respuestas que los encuestados, en pregunta abierta, han realizado para la justificación de la necesidad de la figura de los trabajadores sociales en los centros de drogas: (Se han clasificado las respuestas por temáticas o conceptos con el fin de aglutinarlas por grupos).

### **Relación de Ayuda**

*“Son muy necesarios porque estos pacientes presentan muchas necesidades sociales en las que los trabajadores sociales están capacitados para **ayudar** y acompañar. Además, pueden influir en otras áreas y a través de la coordinación, intentar ofrecer al drogodependiente una situación lo más digna posible”.*

### **Proceso terapéutico**

*“Creo que es una figura clave en el proceso de estos pacientes”.*

*“Acompañamiento en el proceso terapéutico”.*

*“Como parte del proceso terapéutico, siendo su figura esencial. Asesoría, gestión de recursos, empatía, prevención de recaídas, etc...”*

### **Aspectos Sociales, Familiares y Comunitario**

*“Es necesario porque ningún profesional del equipo tiene la competencia del área social excepto este profesional. Es decir, las funciones que desempeña no pueden ser sustituidas por nadie, por tanto tiene que existir dentro del equipo de trabajo. Es el/la*



*profesional más competente como nexo de unión entre otros recursos sociales externos al CAID”.*

*“El tratamiento incluye la esfera física, psíquica y social y esta esfera a veces es la más importante para ayudar al paciente”.*

*“La persona con adicción ha generado problemas de tipo social (legales, ruptura de relaciones socio-familiares, laborales, formativas, ocio y económicos) en los cuales la intervención del trabajador social es imprescindible. Su visión del problema de adicción complementa el punto de vista psicológico”.*

*“Porque el entorno del paciente se ve afectado como consecuencia del trastorno adictivo y a la vez es parte y causa de su etiología y su resolución. Es imprescindible tener en cuenta las variables del contexto y conflictos interrelacionales para el diagnóstico, comprensión y abordaje de esta problemática que afecta tanto a la dinámica intrasubjetiva como intersubjetiva del sujeto adicto o con algún tipo de problemática asociada al consumo”.*

*“Trabajamos con personas que tienen necesidades en todas las esferas, a las que hay que dar demanda”.*

*“Es un pilar fundamental en el acompañamiento al paciente, permite la realización de todo tipo de tareas tanto legales, sanitarias, laborales, familiares, etc...”*

*“Intervención familiar, decisión de responsable válido para desintoxicación y/o metadona, evaluación grupo de referencia, familia, vivienda, acceso a recursos, temas judiciales, discapacidades. Intervención grupal”.*

*“Valorar aspectos sociales (económicos, básicos, sociosanitarios, legales, dependencia, formación laboral, vivienda, laboral, gestión de recursos...) que intervienen en el*

*mantenimiento del problema y gestionarlos para contribuir a la resolución o mejora del problema”.*

*“Porque hacen una labor social muy importante que sin ellos no la podrían realizar el resto de los profesionales por salir del ámbito de sus competencias”.*

*“Es imprescindible en los procesos en las que se requiere rehabilitación o intervención social”.*

*“Si queremos que la intervención terapéutica en drogodependencias sea exitosa para los pacientes, sus familiares y el entorno social es absolutamente indispensable la intervención del trabajador social en todo el proceso desde el primer al último día de las intervenciones llevadas a cabo. Su visión profesional, formación, intervención y trabajo garantizan un trabajo holístico de la persona drogodependiente”.*

*“Funciones imprescindibles para la integración y necesidades sociales de los usuarios”.*

*“La problemática social asociada es muy frecuente y múltiple, si no se resuelve o si no hay alguien que atienda al paciente en este aspecto proporcionándole esperanza y acompañamientos es difícil implementar el resto de intervenciones”.*

*“Además de una valoración que delimite la necesidad de intervención en el área social, puede cumplir funciones de apoyo al equipo y de prevención de situaciones que puedan conducir a condiciones de exclusión de algún tipo”.*

*“Firmemente creo que sí que es muy necesario un trabajador social, diría que es una figura imprescindible en este ámbito, hay varios motivos, entre otros, al principio del tratamiento la mayoría de chicos tienen “causas pendientes”, problemas económicos y el trabajador social les orienta y les ayuda a solicitar pagas, búsqueda de empleo y de formación, les ayudan a la reinserción en la sociedad. Todos esos temas forman parte del tratamiento, que sin ellos no se podrían rehabilitar”.*

*“Sin la intervención social todos los procesos en drogodependencias no se desarrollarían adecuadamente, entorpeciendo o impidiéndose la integración real del paciente”.*

*“Porque estos pacientes tienen una problemática social muy importante y considero que para dar una buena atención, ésta debe ser integral”.*

*“Los problemas sociales asociados al consumo deben ser abordados por el profesional adecuado”.*

*“Intervención social con familias y pacientes”*

*“Porque el trabajo que desarrolla es necesario para el colectivo de pacientes tanto en el ámbito de las relaciones sociofamiliares, como en la gestión de los recursos que estos pacientes pueden precisar: búsqueda de empleo...”.*

*“El área social de todos los pacientes toxicómanos debe ser trabajada desde la figura del trabajador social”.*

*“Para el abordaje social de la problemática de las drogodependencias”.*

*“La parte social de un paciente debe ser trabajada por el técnico adecuado, el trabajador social”.*

*“Población con alto grado de desestructuración social y problemas judiciales”.*

*“Es una figura esencial para el tratamiento de estos pacientes debido a la problemática que les acompaña”.*

*“Quizá es planteable de otra forma: no sé si es necesario que todos los programas tengan un trabajador social en exclusividad, pero sí opino que el trabajador social que*

*trabaje en drogodependencias debe tener una formación específica en este campo, por las necesidades y connotaciones concretas de esta población (sanitarias, judiciales, formativo-laborales, vivienda, económicas, etc...), y que además se manifiestan en diferentes perfiles”.*

### **Reinserción Social**

*“Sus competencias profesionales son imprescindibles para una adecuada rehabilitación y reinserción social del paciente”.*

*“Creo que la figura del trabajador social y la del educador social, son figuras fundamentales en el ámbito del drogodependiente para trabajar su integración social al igual que evitar su exclusión social”.*

### **Enfoque Biopsicosocial**

*“Porque considero que el tratamiento de las drogodependencias ha de ser biopsicosocial, la figura del trabajador social sería básica en el proceso de cambio por su abordaje de la parte social del paciente. Considero que el déficit principal en estos momentos lo constituye la dificultad en la integración médica, psicológica y social que se transmite incluso desde la parte administrativa, a través de los informes clínicos, no firmados por el trabajador social que cumple un papel fundamental en la valoración de la parte social que se integra en dichos informes y las escasas reuniones de equipo por la escasez de personal”.*

*“Porque para mí el modelo de intervención con todos los pacientes, ya sean o no drogodependientes, sería el biopsicosocial”.*

*“Son fundamentales, si queremos una atención biopsicosocial, si no hubiera trabajador social no se podrían llevar a cabo una atención integral”.*

*“No se pueden dejar de tener en cuenta los aspectos sociales en un trabajo en drogodependencias y hay que trabajar desde el modelo biopsicosocial, ningún área es prioritaria, se debe dar una atención integral”.*

*“Porque la atención del paciente drogodependiente debe abordarse de forma integral “modelo biopsicosocial””.*

*“Desde el modelo de trabajo biopsicosocial responde a necesidades de importancia que muestra la población drogodependiente”.*

*“Porque creo que el modelo biopsicosocial y un equipo multidisciplinar es lo más efectivo para tratar este tema”.*

*“Son tan necesarios e imprescindibles como la figura del médico y el psicólogo, que nadie cuestiona. Las drogodependencias son enfermedades que afectan a las áreas bio-psico-social del individuo”.*

*“Es pieza clave en el trabajo en equipo en el ámbito de las drogodependencias, está demostrado que los mejores resultados y pronóstico de tratamiento se da con un modelo biopsicosocial por lo que el desempleo de las funciones del trabajador social son necesarias en todos los procesos del tratamiento”.*

### **Conocimiento de recursos sociales**

*“Porque agilizan e informan a los pacientes de las circunstancias que ellos no saben solucionar, y es una vía directa para arreglar las gestiones y situaciones más inminentes que les suceden”.*

*“En el ámbito de las drogodependencias las personas afectadas carecen de recursos y habilidades para desenvolverse en su día a día, por ello pienso que la figura del trabajador social es igual de importante que la de otros profesionales”.*

*“Conocedores de recursos sociales. Aumentan la información con respecto al paciente y su familia. Nexos de unión con otras entidades sociales vinculadas a los centros de drogas”.*

*“Gestión e información de recursos, tramitación judicial,...”*

*“Gestión de recursos. Figura de apoyo importantísimo en equipo terapéutico. Evaluación de casos”.*

*“Gestión de recursos, coordinaciones con entidades externas”.*

*“Conocen los recursos sociales del entorno. Facilitan la coordinación entre diferentes entidades sociales”.*

### **Interdisciplinariedad**

*“Porque el perfil del paciente drogodependiente presenta un conjunto de problemas psico-socio-sanitarios”.*

*“Porque es una figura que por su formación, complementa la intervención multidisciplinar. El conocimiento y manejo de los diversos recursos la pone en contacto con otros profesionales de lo social, lo que ayuda a ampliar el foco de la intervención”.*

*“Considero importante que la figura del trabajador social forme parte del equipo desde el inicio de las valoraciones hasta su finalización teniendo capacidad de decisión como el resto del equipo de trabajo. El aspecto judicial es una cuestión que se maneja mejor desde el área social y considero que el trabajador social tiene la formación para ello”.*

*“Porque son un miembro esencial en un equipo multidisciplinar, encargados de la “visión social” como ningún otro miembro”.*

*“A nivel de equipo orienta a los distintos profesionales sobre determinadas situaciones del paciente”.*

*“Porque los pacientes son personas que tienen multitud de necesidades diversas. Cada profesional atiende un aspecto y entre todos logramos, o al menos lo intentamos, lograr una mejor calidad de vida para ellos”.*

*“Contar en los Equipos de Trabajo con la figura del trabajador social hace que se pueda compartir un mayor conocimiento y se puedan trabajar áreas de las que solo es conocedor el trabajador social que interviene en el caso. Disponer de trabajador social en los equipos hace que se pueda enriquecer la intervención integral en cada paciente”.*

*“Son totalmente necesarios en intervenciones multidisciplinares donde se abordan distintos aspectos de la persona, y donde lo social tiene una importancia más que significativa”.*

*“Enriquecen el trabajo en equipo. Aportan la visión social de cada paciente y sus familias”.*

*“Porque la labor social en la ayuda a drogodependientes es fundamental, y es otra pieza más de un equipo interdisciplinar”.*

*“Porque deben conocer métodos de analizar y atender problemas de índole social, desde las necesidades más básicas hasta dificultades graves de ajuste social, como en el caso de las atenciones a personas en libertad condicionada a tratamiento. El trabajador social en un equipo interdisciplinar tendría el cometido de colaborar metodológicamente con otras disciplinas, desde su ámbito de conocimiento y su habilidad en la gestión de recursos, en la mejora de la calidad de vida de los pacientes”.*

*“Porque hacemos una atención integral al paciente en la que se trabajan todos los aspectos del individuo incluidos los sociales”.*

*“Son un pilar fundamental en el abordaje multidisciplinar del paciente drogodependencia”.*

*“Porque las funciones de atención de un trabajador social solo las puede hacer él. Gestión de recursos, acompañamiento del proceso personal, etc... Porque el trabajo multidisciplinar es más efectivo y productivo, pudiendo aportar cada uno desde su puesto de trabajo sus herramientas, habilidades y experiencias para enriquecer el trabajo en equipo del centro”.*

*“El modelo de intervención en un centro de atención a las adicciones es multidisciplinar biopsicosocial, demostrado en toda la bibliografía científica independiente”.*

*“Los trabajadores sociales desarrollan una labor importante y son necesarios para el trabajo en equipo a nivel interdisciplinar”.*

*“Porque es una figura esencial en el tratamiento integral de este tipo de pacientes”.*

*“Permite la atención integral en el equipo de trabajo”.*

*“Porque es una figura profesional necesaria para el buen funcionamiento del equipo y para ofrecer una atención integral a los pacientes”.*

*“Es una pieza clave y de conexión entre la parte social y sanitaria de las intervenciones”.*

#### **Alusión a las personas sin hogar**

*“Hay casos en los que su trabajo es muy importante, especialmente en aquellos pacientes en situación de calle. Es difícil la intervención terapéutica si las necesidades básicas de la persona no están cubiertas. En otros casos, es de gran ayuda su asesoramiento, su colaboración en la gestión de casos”.*



*“Su trabajo es fundamental para el desarrollo del paciente durante el tratamiento. Sobre todo en la población que vive en la calle y no tiene manera de llegar a los recursos”.*

### **Alusión a temas legales**

*“Son necesarios porque su trabajo es fundamental. Hay muchos casos de pacientes con temas legales”.*

*“Los pacientes con problemas de drogodependencias se benefician de la atención y asesoramiento en temas legales”.*

### **Tareas sociales propias del trabajador social**

*“Son necesarios ya que su trabajo no podría realizarlo ningún otro miembro del equipo”.*

*“Considero que los trabajadores sociales realizan funciones que no deberían hacer otros profesionales. Dentro de nuestro centro de trabajo las funciones de los profesionales están muy delimitadas y en mi opinión son ellos quien deberían centralizar la intervención con el paciente”.*

*“Porque cubren el trabajo de ámbitos en los que otros profesionales no pueden trabajar”.*

*“Existe Trabajo Social específico de su profesión que no es estrictamente médico, psicológico ni educativo (atención a pacientes en situación de calle, asesoría jurídica, coordinación con recursos sociales...)”.*

*“Porque aunque sea el ámbito sanitario y haya personas que consideren que el drogodependiente de los 80 no tiene las mismas características psico-socio-sanitarias que los de ahora, muchos de ellos, antes de la enfermedad o después de la enfermedad necesitan recursos que el resto del equipo desconoce”*

*“En un gran porcentaje de casos, su presencia es imprescindible por las repercusiones del consumo de tóxicos en áreas de competencia exclusiva de este profesional”.*

Destacar una respuesta de entre todas las recibidas, que opina que la figura de los trabajadores sociales no es necesaria en los Centros de Drogodependencias: “En la situación actual su labor se solapa con la de servicios sociales generales, y si estos estuvieran bien dotados y en coordinación con la red de drogodependencias se podría prescindir de ellos”.

Esta visión, acepta la figura del trabajador social, pero desde un ámbito más generalista, desde los propios servicios sociales generales (de cada municipio), de tal manera, que argumenta que si se tuviera una adecuada coordinación y hubiera una buena conexión entre los diferentes servicios, tanto de atención primaria como especializados, no sería necesaria la figura del trabajador social en los centros de drogodependencias, y por consiguiente, serían suficientes con los trabajadores sociales “generales” de los servicios sociales “generales”.

#### **8.4. Responsables Públicos (Políticos)**

##### **8.4.1. Análisis de las encuestas realizadas a políticos**

Las respuestas recibidas por parte de los responsables políticos han sido bastante escasas. Se recuerda, como se indicaba en el Capítulo 7, que se enviaron cuestionarios a los políticos de la siguiente manera: 1 responsable a la Dirección General de Salud Pública (Comunidad de Madrid), 1 responsable de Madrid Salud (Ciudad de Madrid) y 18 responsables políticos (dirigido a las 18 alcaldías de los municipios donde están

ubicados los Centros de Drogodependencias). Se han recibido tres cuestionarios de concejales responsables del sector de las drogodependencias.

Se observa que cada responsable tiene una cartera con diferente nombre:

- Educación, Salud, Cultura, Protocolo y Participación Ciudadana: Se entiende que el ámbito de las drogodependencias está contenido en el departamento de Salud de esta concejalía.
- Bienestar Social: En este caso, el ámbito de drogodependencias se ubica en la concejalía de bienestar social, por lo que todavía es considerado como parte de los servicios sociales, aunque en otros municipios ya se ubica dentro de los departamentos de Salud (como en el caso anterior) o en Sanidad.
- Bienestar, Cultura e Inmigración: También en este caso, aunque la concejalía tiene otros departamentos, se ubica dentro del departamento de “bienestar”.

Los tres políticos conocen el ámbito de las drogodependencias.

Estos tres responsables políticos consideran que los Centros de Drogas (CAIDs / CADs) son necesarios, y así lo expresan:

- *“Son un servicio público necesario e imprescindible. Son tratamientos muy específicos que deben ser abordados por profesionales con gran cualificación y de forma integral”.*
- *“Son totalmente necesarios en una sociedad rodeada de droga y que ha pasado por una etapa en la historia en la que tantos drogadictos ha dejado”.*
- *“A nivel de atención y prevención, su existencia cubre servicios no prestados desde los recursos generales”.*

Los responsables políticos consideran que la figura de los trabajadores sociales en los centros de drogas son:

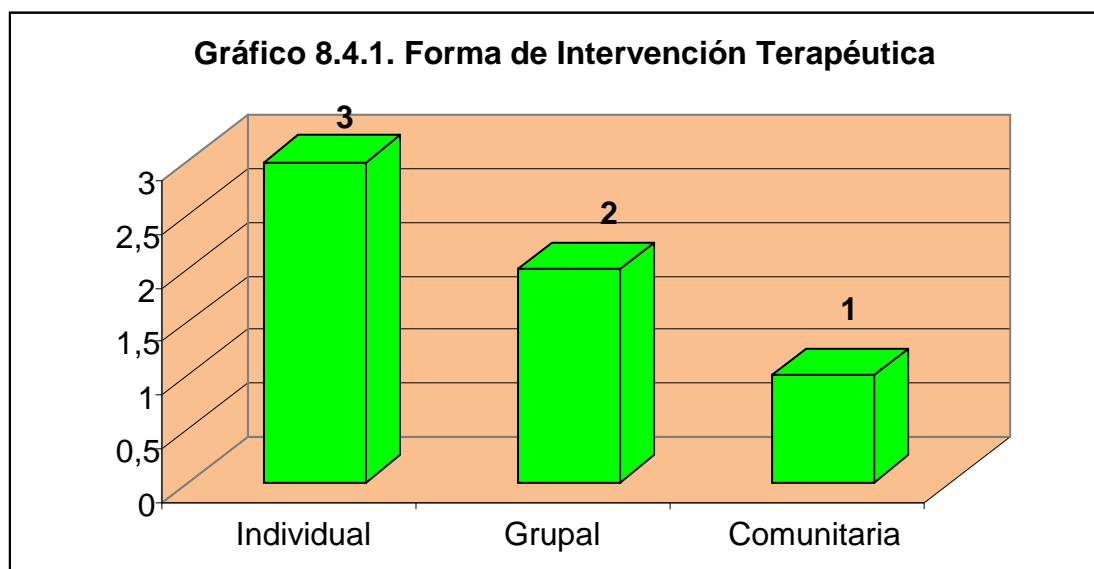
- *“Imprescindibles. En los CAID deben existir diversos perfiles profesionales (médicos, enfermeros/as, educadores, trabajadores sociales) que garantice la atención al drogodependiente en todos los aspectos”.*

- *“Personas responsables y necesarias, conscientes de su entorno y comprometidas con él”.*
- *“Son necesarios de cara al ejercicio de intervención social con los usuarios”.*

Los ámbitos que consideran los políticos que desde los Centros de Drogodependencias, se debe trabajar son la prevención, la asistencia y la reinserción.

Con respecto al número de años de responsabilidad pública que han ejercido los políticos que han respondido, uno lleva menos de un año, y los otros dos, llevan más de cinco años de ejercicio en la función pública.

La forma de intervención terapéutica que consideran los políticos que se debería realizar en los Centros de Drogodependencias, es por unanimidad la individual, ya que contestan esta opción los tres. Con respecto a la intervención grupal lo hacen dos de tres, y tan solo uno considera la intervención comunitaria, como se puede observar en el siguiente gráfico (8.4.1):



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

La función que consideran los políticos que debería ser la principal que tendría que desarrollar un/una Trabajador/a Social en un Centro de Drogodependientes es la

gestión de recursos (lo puntúan dos de ellos) y el acompañamiento de procesos de la persona (puntuado por un concejal):

<b>Gestión de Recursos</b>	<b>2</b>
<b>Acompañamiento de procesos de la persona</b>	<b>1</b>

En cambio, la función principal de un trabajador social que realmente creen que es, se detalla a continuación: Gestión de Recursos, por un concejal; la Relación de Ayuda, por otro concejal; y el acompañamiento de procesos de la persona, por un tercer concejal.

<b>Gestión de Recursos</b>	<b>1</b>
<b>La Relación de Ayuda</b>	<b>1</b>
<b>Acompañamiento de procesos de la persona</b>	<b>1</b>

Con respecto a los modelos de intervención social los concejales contestan así:

- Un concejal contesta: Modelo Biopsicosocial.
- Otro concejal: No contesta (NS / NC)
- Y el otro concejal escribe: Prevención, Asistencia y Reinserción / Intervención Comunitaria.

Dada la merma en las respuestas obtenidas es demasiado arriesgado obtener una conclusión al respecto, pero con estos tres datos se observa que existe una carencia de conocimiento en relación a los modelos de intervención social.

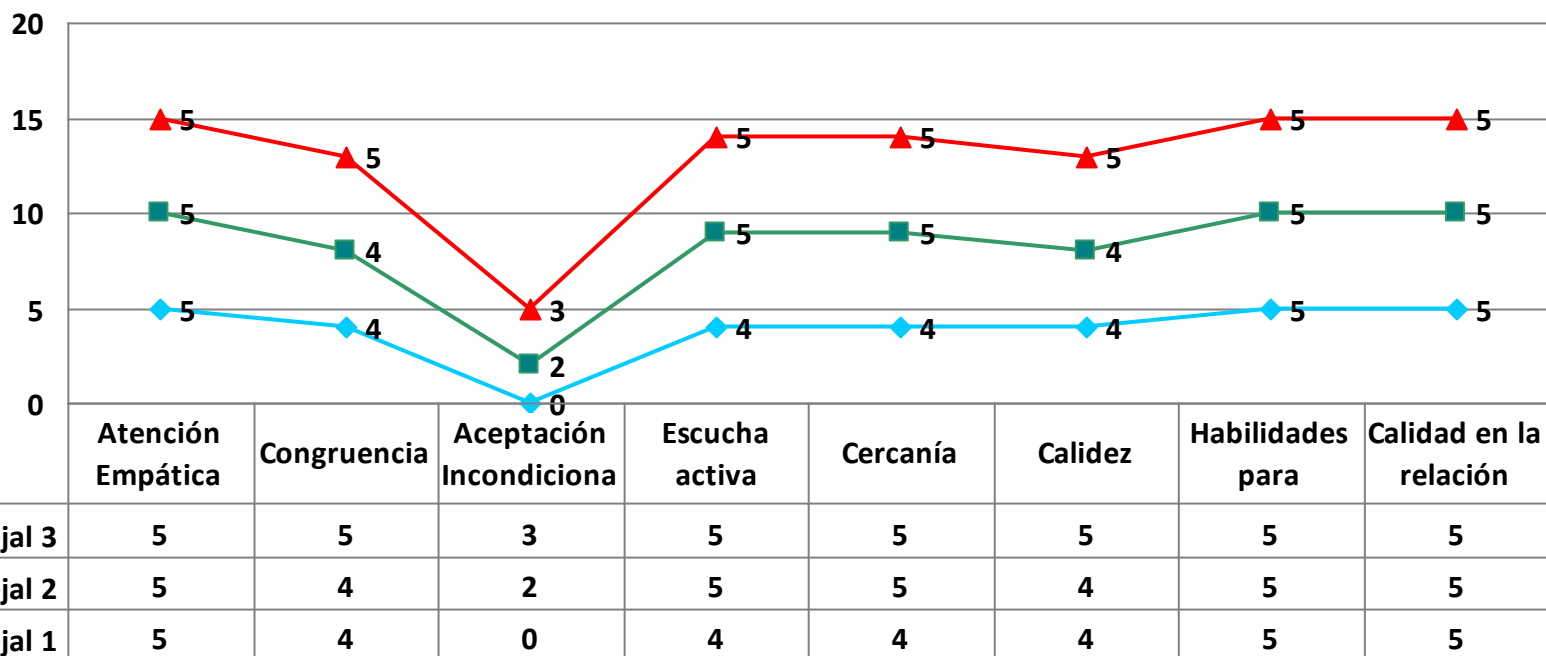
Teniendo en cuenta el punto de vista de los concejales, los aspectos que un trabajador social en drogodependencias debería desarrollar en la Relación de Ayuda se detallan en la siguiente tabla, considerando los valores de 0 a 5, siendo 0, para ningún valor, y 1, el valor mínimo hasta 5, que es el valor máximo:

<b>Tabla 8.16.: Valoración de los Responsables Políticos sobre los aspectos de la Relación de Ayuda</b>			
<b>Aspectos de la Relación de Ayuda</b>	<b>Concejal-1</b>	<b>Concejal-2</b>	<b>Concejal-3</b>
Atención Empática	5	5	5
Congruencia	4	4	5
Aceptación Incondicional	0	2	3
Escucha activa	4	5	5
Cercanía	4	5	5
Calidez	4	4	5
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente	5	5	5
Calidad en la relación terapéutica establecida	5	5	5
Valores: (siendo 0, que no debería desarrollarse; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)			

**Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)**

De manera más gráfica se aprecia a continuación (Gráfico 8.4.2.):

**Gráfico 8.4.2. Valoración de los Responsables Políticos con respecto a la Relación de Ayuda**



Fuente: Elaboración Propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Como se puede observar, los concejales responden con una puntuación alta con respecto a todos los aspectos de la Relación de Ayuda, salvo el de “aceptación incondicional”, que reflejado de esta manera, posiblemente han interpretado el aspecto fuera del contexto terapéutico al que se refiere el autor que lo postula, Carl Rogers.

Los concejales consideran que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes teniendo en cuenta los siguientes ítems que ellos mismos han marcado en sus respuestas:

<b>Tabla 8.17.: Motivos para mejorar la atención prestada a los pacientes</b>	
<b>Motivos</b>	<b>Nº de Concejales que responden</b>
Promoviendo Políticas Sociales que favorezcan la intervención terapéutica	2 concejales
Aumentando el número de trabajadores sociales en los Centros	2 concejales
Aumentando el número de otros profesionales en los Centros	1 concejal
Teniendo más tiempo para la atención de cada paciente	1 concejal
Estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas de todos los profesionales del equipo de manera integral	1 concejal

**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Los responsables políticos consideran que sí son necesarios los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias por los siguientes motivos:

- *Concejal 1: “Son imprescindibles, ya que en los CAIDs deben existir diversos perfiles profesionales (médicos, enfermeros/as, educadores, trabajadores sociales) que garanticen la atención al drogodependiente en todos los aspectos”.*

Con esta respuesta se apela al trabajo interdisciplinar teniendo en cuenta todas las profesionales que intervienen en los centros de drogodependencias.

- *Concejal 2: “Porque son profesionales que se han formado académicamente en muchos sectores, y la drogodependencia es uno de ellos. Son capaces de*



*relacionar diferentes tipos de actuación y de profesionales para conseguir mejores resultados”.*

Esta respuesta alude a la formación académica recibida en la profesión del Trabajo Social y considera la habilidad de los trabajadores sociales para la coordinación y la conexión entre otros profesionales para el buen funcionamiento del programa terapéutico de cada paciente.

- *Concejal 3: “Para el desarrollo de programas de intervención integral con los pacientes”.*

También, esta respuesta hace mención a la integralidad de la intervención con el fin de favorecer a los pacientes en su proceso.

Una de las cuestiones a tener en cuenta a la hora de encuestar a los responsables políticos es conocer la opinión de éstos en cuanto a las Políticas Sociales de su municipio en el desarrollo del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias. Ante ello, los concejales respondieron:

- *Concejal 1: “De forma muy positiva. Tengo que decir y además afirmo que el CAID (...) hace una labor impecable”.*
- *Concejal 2: “Positivamente. Estamos desde mi concejalía, concienciados de su necesidad”.*
- *Concejal 3: “Condicionan su desarrollo respecto a los recursos y medios que se destinan”.*

Por lo que, hay una apuesta por el Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias, y que la labor de los centros es satisfactoria, al menos, en los tres ayuntamientos que han facilitado su cuestionario.

A continuación se realiza un análisis de los diferentes Planes Autonómicos de Drogodependencias del todo el territorio nacional, con el objetivo de completar la esfera política en este ámbito.

#### **8.4.2. Análisis de los Planes Autonómicos de Drogodependencias**

Tras el análisis de los cuestionarios recibidos por parte de las concejalías que se han implicado en el estudio y han colaborado en aportar sus opiniones al respecto del tema que se trata, con el fin de reforzar el aspecto político en materia de drogodependencias, el proponente realiza un análisis de los diferentes **Planes Autonómicos de Drogodependencias**. A través de la página web del Plan Nacional de Drogas, <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre], recientemente renovada, se ha obtenido la información al respecto (Ver Anexo 4).

En todas las Comunidades Autónomas (17) y las ciudades autónomas, Ceuta y Melilla, existe un Plan sobre Drogas.

#### **Elementos Comunes de los Planes Autonómicos de Drogodependencias:**

- Todos los Planes están inspirados en la Estrategia Nacional de Drogas 2009-2016.
- El Esquema de los Planes es similar en todos ellos. Todos contienen con una nomenclatura u otra, los siguientes puntos:
  1. Análisis del Fenómeno de las Drogas.
  2. Evolución del Consumo de drogas en la Comunidad Autónoma.
  3. Legislación.
  4. Principios rectores.
  5. Objetivos generales y específicos.
  6. Líneas Estratégicas.
  7. Evaluación.

- En todos los Planes se hace mención a las Drogas (como tal) y a las Adicciones, entendiendo con este término u otro similar (otras conductas adictivas, otros trastornos adictivos, problemas asociados) otras problemáticas como es el caso de las dependencias sin sustancias (videojuegos, internet, ludopatías, etc...)
- Figuran las mismas áreas de actuación: prevención, asistencia y reinserción, remitiéndose en todos ellos al Plan Nacional de Drogas (1985) y a la actual Estrategia Nacional de Drogas (2009-2016).
- Se hace mención a la coordinación entre el sistema de salud o sanitario y el sistema de servicios sociales.
- Programas de Formación Continua y reciclaje formativo en programas de drogodependencias.

De manera más esquemática se recogen estos elementos en la siguiente tabla:

<b>TABLA 8.18. Elementos comunes de los Planes Autonómicos de Drogodependencias</b>	
<b>Marco Normativo</b>	Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)
<b>Esquema del Plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis del Fenómeno de las Drogas.</li> <li>- Evolución del Consumo de drogas en la Comunidad Autónoma.</li> <li>- Legislación.</li> <li>- Principios rectores.</li> <li>- Objetivos generales y específicos.</li> <li>- Líneas Estratégicas.</li> <li>- Evaluación.</li> </ul>
<b>Problemática que abarca</b>	Drogas (sustancias tóxicas) y Otras Adicciones, Otros trastornos adictivos u Otras conductas adictivas (Internet, videojuegos, ludopatías)
<b>Áreas de Actuación</b>	Prevenición Asistencia Reinserción
<b>Sistema de Coordinación</b>	Sistema Sanitario y Sistema de Servicios Sociales
<b>Programa de Formación</b>	Formación Continua, reciclaje formativo en programas de drogodependencias

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de los Planes Autonómicos de Drogodependencias. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

### **Elementos diferenciadores de los Planes Autonómicos de Drogodependencias:**

- Destacar que de los 19 Planes de Drogas, 13 comunidades autónomas lo ubican en un organismo perteneciente a Salud Pública, bien sea una Secretaría General, una Dirección General, o un Instituto (como es el caso de Navarra: Instituto de Salud Pública y Laboral), otras lo ubican en la Secretaría General de Servicios Sociales (Andalucía), la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Comunidad Valenciana), la Consejería de Sanidad y Consumo (Ciudad de Ceuta), la Dirección General de Sanidad y Consumo (Ciudad de Melilla), y tan solo cuatro de las comunidades autónomas, lo ubican en un organismo en cuyo nombre, aparece la palabra, “droga”, “adicciones” o “drogodependencias” (teniendo en cuenta de estas cuatro, dos ya lo hacía también en una Dirección General de Salud Pública (Murcia y País Vasco, pero que le añaden la palabra “adicciones”): Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares, Dirección General de la Mujer y Comisionado Regional para la Droga (Castilla y León), Dirección General de Salud Pública y Adicciones (Murcia y País Vasco).
- Con los datos recogidos se constata que las comunidades autónomas que dan continuidad al Plan de Drogas son aquellas que van enumerando dichos Planes en función de las ediciones actualizadas aprobadas y renovadas. Véase como ejemplo:

**II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones**

**II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016 de Aragón**

**III Plan Canario sobre Drogodependencias.**

**III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana**

**II Plan Foral de Drogodependencias de Navarra**

**VI Plan de Adicciones de Euskadi**

I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas 2012-2016 de Ceuta (indica ser el primer plan, lo que se le supone que puede que haya otros en un futuro.

II Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla.

- Otro dato a tener en cuenta son las vigencias de los Planes de Drogas. En algunas comunidades autónomas se elabora el Plan con un periodo de vigencia, que “se supone” que está vigente, pero que surge la duda de que pudiera estar “derogado” al haber finalizado la fecha de vigencia. Ejemplos al respecto:

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones **(2002-2007)**

Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears **(2007-2011)**.

Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha **(2006-2010)**.

Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura **(2008-2012)**

Plan Estratégico **2006-2009** de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

- En cambio, en otros, se observa que el periodo de actuación es actual, por lo que se considera vigente:
  - II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas **2010-2016**, de Aragón.
  - Plan de Salud Mental de Cantabria **2015-2019**.
  - Plan de Actuación en Prevención sobre Drogas **2013-2016**: Consumo de Drogas y Problemas Asociados, de Cataluña.
  - Plan Regional sobre Adicciones **2015-2020**, de Murcia.
  - VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi **2011-2015**.
  - Plan sobre Drogas del Principado de Asturias **2010-2016**.

- Plan de trastornos Adictivos de Galicia **2011-2016**.
- I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas **2012-2016**.
- II Plan sobre Drogas y Adicciones. Ciudad Autónoma de Melilla **2014-2017**.
- Otro dato significativo a tener en cuenta en cuanto a elemento diferenciador entre los Planes es que hay dos Planes que mencionan en su título el “alcohol” o el “alcoholismo”: Castilla y León (Documento Estratégico sobre Alcohol y Menores en Castilla y León. Julio 2013) y Castilla-La Mancha (Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010).
- País Vasco:
  - Destacar la edición número 6 del Plan del País Vasco, lo que denota la actualización y revisiones que ha ido adquiriendo esta comunidad autónoma en materia de drogas.
- Cantabria:
  - No dispone de un Plan de Drogas, como tal, sino que la materia de drogodependencias se ubica dentro del Plan de Salud Mental de Cantabria (2015-2019) haciendo referencia a las actuaciones vinculadas con la asistencia a las personas que padecen trastornos diagnosticables como adicciones.
  - En su Plan se menciona que existe un déficit relevante de la figura del trabajador social en el Servicio Cántabro de Salud Mental (Drogodependencias) en el Plan de Drogas de Cantabria (p. 126).
  - Y propone una recomendación de potenciar el Trabajo Social dentro de los dispositivos de la red asistencial (p. 128).
- Andalucía:
  - En este Plan se hace referencia al enfoque multidisciplinar, citando entre otras a los profesionales del Trabajo Social (p. 86)

- Cataluña:
  - Prevención Comunitaria desde los Servicios Sociales (p. 24).
- Aunque en cada una de las comunidades autónomas gobierna un partido político diferente, no se observa que hayan diferencias significativas a la hora de redactar el Plan de Drogas por los correspondientes legisladores, teniendo en cuenta, que son estos (los legisladores) los que reflejan la voluntad política del que gobierna. Quizás esto se debe a que como se ha señalado al comienzo de este apartado, todos los Planes están inspirados en el antiguo Plan Nacional de Drogas, de 1985, y posteriormente en la vigente Estrategia Nacional de Drogas (2009-2016), por lo se percibe una simetría también en la redacción de los Planes Autonómicos.

Debido a que el Trabajo de Investigación de esta Tesis se realiza en la Comunidad de Madrid, se menciona con especial incidencia el **Plan Estratégico** de la “antigua” Agencia Antidroga (siendo el organismo competente en la actualidad, la Dirección General de Salud Pública, como ya se ha señalado anteriormente), que abarcaba los años 2006 a 2009, y que desde la fecha de elaboración de dicho Plan no se ha renovado, habiendo pasado ya seis años. No obstante, las actuaciones previstas en este Plan, se entiende que siguen vigentes a día de hoy.

El Plan estructura las actuaciones en función de cuatro líneas estratégicas: la preventiva, la asistencial, la de reinserción y la de protección y control. A continuación se detallan, a grandes rasgos el contenido de dichas líneas:

Línea estratégica preventiva:

- Información y sensibilización en el ámbito comunitario.
- Actuaciones en el ámbito escolar.
- Actuaciones en jóvenes en situación de riesgo.
- Actuaciones en el ámbito familiar.
- Actuaciones en el ámbito del ocio y el tiempo libre.

- Actuaciones desarrolladas en el medio laboral.
- Actuaciones desarrolladas en el ámbito de la seguridad vial.

Línea estratégica asistencial:

- Coordinación asistencial (entre la Agencia Antidroga y los sistemas de salud y servicios sociales).
- Planificación y gestión de centros.
- Programas de reducción de daños.

Línea estratégica de reinserción:

- Marco general de la estrategia de reinserción:
  - Fomentar la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencia mediante la coordinación con la red general de servicios sociales.
- Actuaciones para la promoción de la incorporación laboral de personas con problemas relacionados con las drogas.
- Actuaciones para promover la incorporación social desde los programas asistenciales.

Línea estratégica de protección y control.

- Marco general de la estrategia legislativa:
  - Garantizar el cumplimiento de todas las previsiones legales contempladas en el actual marco normativo: Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid, y la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y Reguladora de la Venta, el Suministro, el Consumo y la Publicidad de los Productos del Tabaco.
- Cumplimiento de previsiones legales introducidas por futuros desarrollos legislativos.
- Impulso de nuevos desarrollos normativos.



Del mismo modo, el proponente ha considerado señalar la existencia de **Planes Municipales de Drogodependencias en la Comunidad de Madrid**, que con el mismo espíritu del Plan Estratégico Autonómico, pretende dar respuesta política a la problemática de las adicciones en las diferentes ciudades de la Comunidad de Madrid, a nivel local; lo que denota un interés municipal para que desde los propios consistorios se realizar su abordaje.

Para ello, y a través de la página web de la Federación Española de Municipios y Provincias, [drogodependencias.femp.es](http://drogodependencias.femp.es) [Disponible: 2015, 1 octubre], y de [madrid.org](http://madrid.org) se ha confeccionado la siguiente tabla de municipios, especificando si existe Plan Municipal de Drogodependencias; si existe Concejalía de Drogodependencias; Responsable Político y Responsable Técnico, y si existe Centro de Atención a Drogodependientes:

**TABLA 8.19. PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS EN LA  
COMUNIDAD DE MADRID**

<b>Municipio</b>	<b>¿Existe Plan Municipal de Drogodependencias?</b>	<b>¿Existe Concejalía de Drogodependencias?</b>	<b>Otras Concejalías</b>	<b>Responsable Político</b>	<b>Responsable Técnico</b>	<b>¿Existe CAID ?</b>
Alcalá de Henares	Sí existe	No existe	Concejalía de Salud	Concejal Delegado de Familia, Salud, Servicios Sociales y Consumo	Coordinadora Equipo Programa Municipal de Drogas.	Sí
Alcobendas	No existe	No existe	Concejalía del Patronato de Salud e Integración Social	Concejala del Patronato de Salud e Integración Social	Responsable Programa Drogodependencias	Sí
Alcorcón	Sí existe	No existe	Concejalía de Salud y Mercados	Concejal de Salud y Mercados	Coordinadora	Sí
Aranjuez	No existe	No existe	Concejalía de Sanidad	Concejal Delegado	Director	Sí
Arganda del Rey	No existe	No existe	Concejalía de Salud y Mujer (Subunidad de Drogodependencia)	Concejala Delegada de Familia y Bienestar Social	Jefa de Unidad de Salud y Mujer	Sí
Collado Villalba	No existe	No existe	Concejalía de Sanidad, Servicio Social Especializado	Concejala de Sanidad	Coordinadora	Sí
Colmenar Viejo	Sí existe	No existe	Concejalía de Sanidad	Concejal Delegada de Sanidad y Consumo, Asuntos Sociales y Familia	Coordinadora CAID	Sí
Coslada	Sí existe	No existe	Concejalía de Salud y Consumo	Concejala Delegada de Salud y Consumo	Directora del Área de Salud	Sí
Fuenlabrada	Sí existe	No existe	Concejalía de Bienestar Social	Concejal de Bienestar Social	Coordinadora	Sí

El papel del trabajador social en los equipos integrales de los centros ambulatorios de atención a drogodependientes en la Comunidad de Madrid

Municipio	¿Existe Plan Municipal de Drogodependencias?	¿Existe Concejalía de Drogodependencias?	Otras Concejalías	Responsable Político	Responsable Técnico	¿Existe CAID ?
Galapagar	Sí existe	No existe	Concejalía de Salud Pública	Concejal de Salud Pública, medioambiente y Juventud	Técnico	NO
Getafe	No existe	No existe	Concejalía de Garantía de derechos de la ciudadanía	Concejal	Responsable CAID	SÍ
Las Rozas	Sí existe	No existe	Concejalía de Servicios Sociales y Mujer	Concejala de Servicios Sociales y Mujer	Educadora Social / Trabajador Social	NO
Leganés	Sí existe	No existe	Concejalía de Salud, Consumo y Juventud	Concejal Delegado de Salud, Consumo y Juventud	Director Técnico	SÍ
Madrid	Sí existe	No existe	Área de Seguridad y Movilidad. Dirección General	Concejal Delegado de Seguridad y Movilidad	Director del Instituto de Adicciones (Organismo Autónomo Madrid).	SÍ
Mancomunidad de Servicios Sociales "Mejorada-Velilla"	No existe	No existe	Concejalía de Servicios Sociales			SÍ
Mancomunidad THAM (Torrelodones, Hoyo de Manzanares, Alpedrete y Moralzarzal)	No existe	No existe	Concejalías de Servicios Sociales de cada municipio.			NO
Móstoles	Sí existe	No existe	Concejalía de Sanidad, Servicios Sociales, Mayores y Consumo	Concejal Delegado	Coordinadora de Servicios Sanitarios	SÍ
Parla	Sí existe	No existe	Concejalía de Bienestar Social	Concejal Delegado de Bienestar Social	Director de Servicios Sociales	SÍ

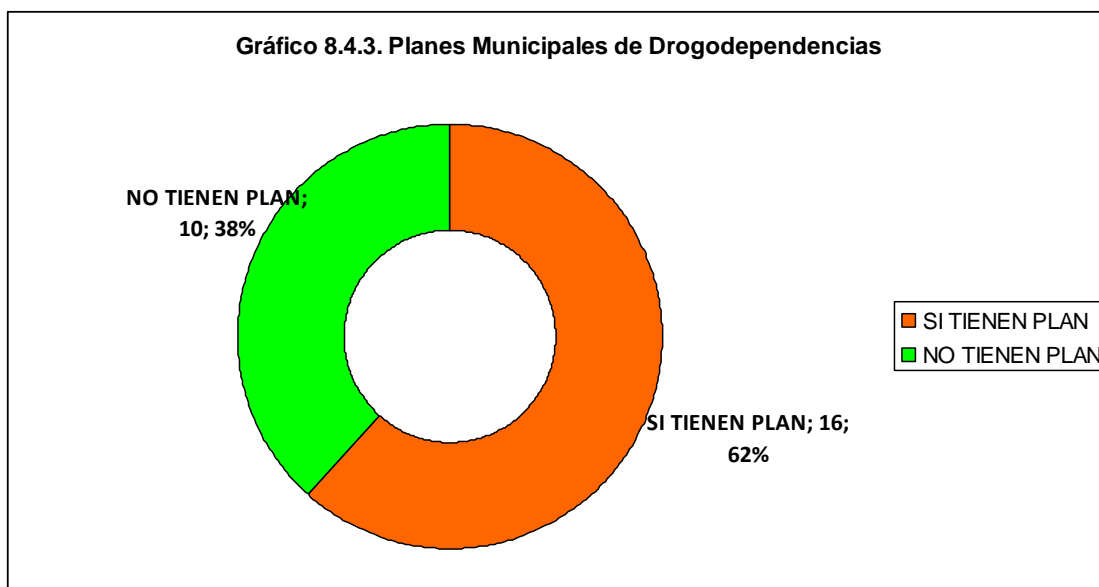
<b>Municipio</b>	<b>¿Existe Plan Municipal de Drogodependencias?</b>	<b>¿Existe Concejalía de Drogodependencias?</b>	<b>Otras Concejalías</b>	<b>Responsable Político</b>	<b>Responsable Técnico</b>	<b>¿Existe CAID ?</b>
Pinto	No existe	No existe	Concejalía de Bienestar Social	Concejala de Bienestar Social	Director del Centro de Servicios Sociales	NO
Rivas Vaciamadrid	Sí existe	No existe	Concejalía de Juventud, Información, Salud y Participación	Concejala de Participación Ciudadana	Técnica de Participación Ciudadana	NO
San Fernando de Henares	Sí existe	No existe	Concejalía de Sanidad y Consumo	Concejala de Sanidad y Consumo	Responsable Técnico	SÍ
San Sebastián de los Reyes	Sí existe	No existe	Concejalía de Bienestar, Salud, Mayores e Inmigrantes	Concejala Delegada de Bienestar Social, Salud, Mayores e Inmigrantes	Coordinador Drogas	SÍ
Torrejón de Ardoz	Sí existe	No existe	Concejalía de Bienestar, Inmigración y Cultura	Concejal Delegado de Bienestar, Inmigración y Cultura	Responsable técnico Drogodependencia	SÍ
Tres Cantos	No existe	No existe	Concejalía de Juventud			NO
Valdemoro	Sí existe	No existe	Concejalía de Acción Social, Mujer y Tercera Edad	Concejala de Acción Social, Mujer y Tercera Edad	Responsable Técnica Drogodependencias	NO
Villaviciosa de Odón	No existe	No existe	Concejalía de Juventud	Concejal de Juventud	No hay dato	NO

**Fuente:** Elaboración propia (Datos obtenidos de la página web de la Federación Española de Municipios y Provincias ([drogodependencias.femp.es/](http://drogodependencias.femp.es/) y de [madrid.org](http://madrid.org)).

De la Tabla anterior (Tabla 8.19.) se obtienen los siguientes datos:

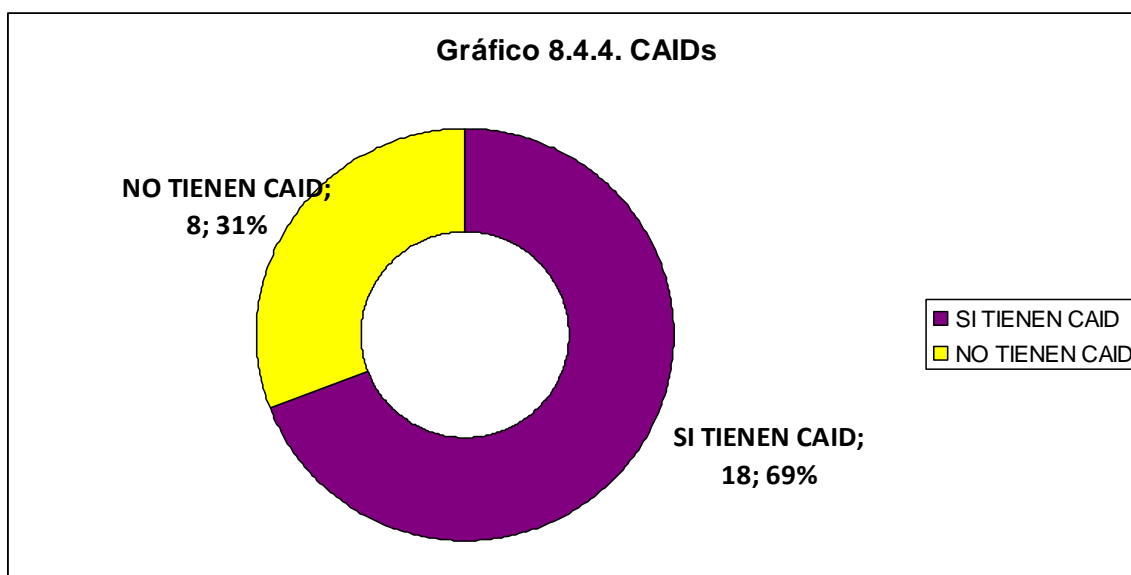
De los 26 municipios que aparecen en dicha tabla,

- 16 tienen Plan Municipal de Drogodependencias (62%):



Fuente: Elaboración propia (Datos obtenidos de la página web de la Federación Española de Municipios y Provincias ([drogodependencias.femp.es/](http://drogodependencias.femp.es/)) y de [madrid.org](http://madrid.org)).

- Y 18 municipios tienen CAID (69%):



Fuente: Elaboración propia (Datos obtenidos de la página web de la Federación Española de Municipios y Provincias ([drogodependencias.femp.es/](http://drogodependencias.femp.es/)) y de [madrid.org](http://madrid.org)).

También se destacan los siguientes datos:

- 6 Municipios no tienen Plan Municipal de Drogodependencias, pero sí tienen CAID.

<b>Tabla 8.20.: Municipios de la Comunidad de Madrid con CAID pero sin Plan Municipal de Drogas</b>		
<b>Municipio</b>	<b>PLAN</b>	<b>CAID</b>
Alcobendas	No	Sí
Aranjuez	No	Sí
Arganda	No	Sí
Collado Villalba	No	Sí
Getafe	No	Sí
Mancomunidad Mejorada-Velilla	No	Sí

- Y 4 Municipios tienen Plan Municipal de Drogodependencias, pero no tienen CAID.

<b>Tabla 8.21.: Municipios de la Comunidad de Madrid con Plan Municipal de Drogas pero sin CAID</b>		
<b>Municipio</b>	<b>PLAN</b>	<b>CAID</b>
Galapagar	Sí	No
Las Rozas	Sí	No
Rivas Vaciamadrid	Sí	No
Valdemoro	Sí	No

Con estos datos se concluye que no hay una completa concordancia en todos los municipios de la Comunidad de Madrid con respecto a los Centros de Drogas y los Planes de Drogas, ya que, como muestran los datos en seis municipios con Centros de Drogas no existe la implantación del Plan de Drogas correspondiente; y en cuatro municipios que sí tienen implantados en Plan de Drogas, no disponen de centro de tratamiento.

A continuación, y a modo de planteamiento ejemplificador, se señalan los objetivos de cuatro Planes Municipales (Ver Tabla 8.20), seleccionados con los siguientes criterios:

- Alcalá de Henares: Gran municipio situado al Este de la Comunidad de Madrid con una población de más de doscientos cincuenta mil habitantes.
- Madrid: Municipio con la capitalidad del Estado y con una población de más de tres millones de habitantes.
- Móstoles: Gran municipio situado al Oeste de la Comunidad de Madrid con población superior a los doscientos cincuenta mil habitantes.
- Torrejón de Ardoz: Municipio donde el proponente ejerce su trabajo profesional, dispone ya del segundo Plan de Drogodependencias, y tiene una población de más de ciento veinte mil habitantes.

<b>Tabla 8.22.: Objetivos Generales de 4 Planes Municipales de Drogodependencias (Alcalá de Henares, Madrid, Móstoles y Torrejón de Ardoz)</b>	
<b>Ciudad Nombre</b>	<b>Objetivo General</b>
<b>ALCALÁ DE HENARES</b> Plan Municipal de Drogas 2013	1.- Prevenir la aparición de problemas de consumo y dependencia en la población. 2.- Dar asistencia y proporcionar un tratamiento profesionalizado a la población. 3.- Formar profesionales de distintas disciplinas. 4.- Establecer líneas de coordinación a nivel local y a nivel general con organismos de competencia en drogodependencias.
<b>MADRID</b> Plan de Adicciones Ciudad de Madrid 2011-2016	1.- Evitar o reducir la oferta de drogas ilegales en el ámbito de la ciudad de Madrid y hacer cumplir la normativa sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco. 2.- Evitar o reducir los consumos de tabaco, alcohol y/o de otras drogas y retrasar la edad de inicio, así como reducir los riesgos asociados a los consumos, cuando estos se producen.

Ciudad Nombre	Objetivo General
<b>MÓSTOLES</b> Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012	1.- Favorecer el establecimiento de estrategias de actuación, dirigidas a lograr la incorporación de las personas con problemas de consumo de drogas.
<b>TORREJÓN DE ARDOZ</b> Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2012-2015.	1.- Promover una conciencia social en la población de Torrejón de Ardoz sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunta sea parte activa en su solución.  2.- Minimizar los riesgos asociados a los trastornos adictivos en el municipio de Torrejón de Ardoz.

**Fuente:** Elaboración Propia (Datos obtenidos de los respectivos Planes Municipales mencionados en la tabla).

En general, los Planes Municipales, pretenden ser respuesta a las necesidades de los ciudadanos de cada municipio, ser guías de orientación para la adaptación de una realidad cambiante, y que cumplan unos criterios de calidad que permitan la cercanía y el acceso de la población general en cuanto a materia de drogas se refiere. A continuación se detallan estos aspectos en algunos de estos planes locales:

*“Este Plan pretende dar respuestas a las necesidades y demandas existentes en relación al fenómeno de la toxicomanía desde un recurso cercano al ciudadano (...) cuya finalidad es prevenir la aparición de problemas de drogodependencias y reestablecer la salud de las personas que presentan trastornos por el uso, abuso o dependencia de sustancias tóxicas, en la población de Alcalá de Henares y su área de influencia, mediante la prestación de servicios eficientes y de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de la población”.*

**Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Alcalá de Henares (2013):**

*“Los principios o criterios orientadores que se recogen pretenden aunar experiencia e innovación como guías fundamentales para el proceso de adaptación a una realidad que evoluciona de forma continua: Compromiso ético, enfoque Integral, Universalidad y Equidad, Cooperación e Interdependencia, Integración y Normalización, Adaptabilidad e Innovación, Participación Comunitaria, y Calidad”.*

**Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2011-2016):**



*“(...) se concibe como un elemento destinado a coordinar y potenciar, las políticas que se llevan a cabo en el municipio, en materia de drogas y otras dependencias, por parte de las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales, y bajo la iniciativa de la Corporación Municipal (...) parte de la sensibilidad que existe ante el problema de las adicciones en nuestra población (...)”*

**Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones del Ayuntamiento de Móstoles (2009-2012)**

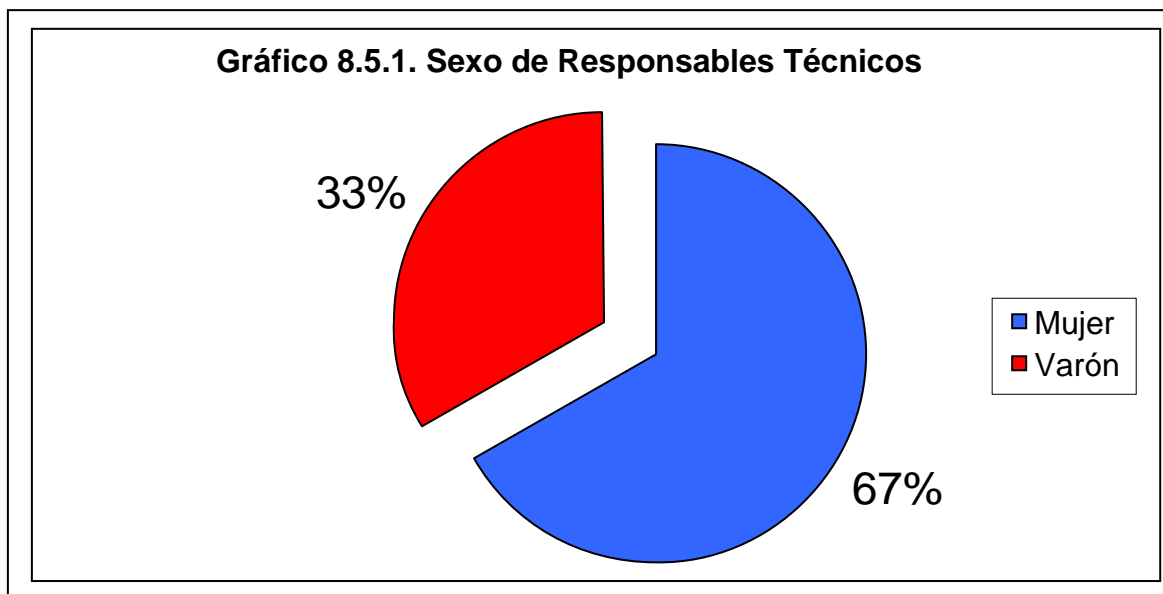
*“El documento del Plan, se configura como un instrumento que responde a las necesidades de participación, intervención, y planificación estratégica además de su naturaleza político-administrativa”.*

**II Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos  
del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz (2012-2015)**

**8.5. Responsables Técnicos (coordinadores/directores del Centros de Drogas)**

Se han recibido 18 respuestas de responsables técnicos, de los 30 cuestionarios enviados, con el fin de conocer la opinión de estos con respecto a la figura del trabajador social en los centros de drogodependencias. Se van a analizar estos 18 cuestionarios que representan el 60% del total de los enviados.

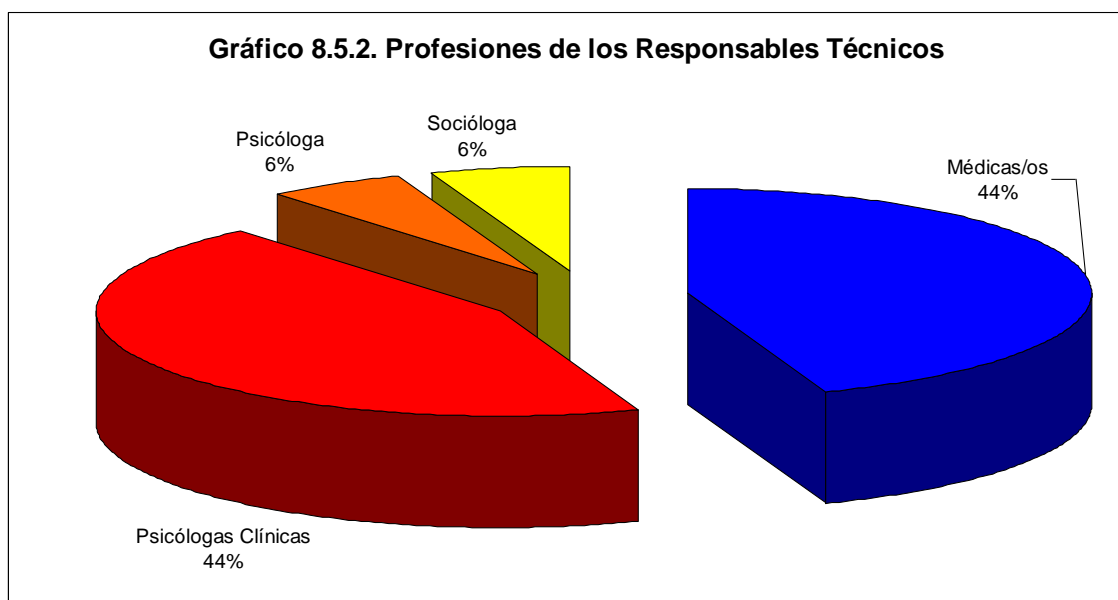
El número de mujeres, como se viene observando a lo largo de esta Tesis, y debido a las características de la profesión y del sector, es mayor que el de varones. De los cuestionarios recibidos, 12 corresponden a mujeres, y 6 a varones; siendo en tantos por ciento, 67% y 33%, respectivamente, como se puede apreciar en el Gráfico 8.5.1.:



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Las profesiones de los responsables técnicos son:

Profesionales	Número	Porcentaje
Médicas/os	8	44%
Psicólogas Clínicas	8	44%
Psicóloga	1	6%
Socióloga	1	6%



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Destacan los médicos y psicólogos clínicos con un total de 16, de las 18 respuestas recibidas, que en tanto porcentual son un 88%.

Justo la mitad de las personas encuestadas han trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias; así se aprecia en el Gráfico 8.5.3.



Fuente: Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

El número de años de la mayoría de los encuestados superan los 5. Tan solo un encuestado se encuentra en el intervalo entre 1 y 3 años, y otro encuestado, en el intervalo de 3 y 5 años. (Ver Gráfico 8.5.4.). Se obtiene pues, una experiencia notable en el ejercicio del puesto de responsabilidad técnica, lo que supone tener un conocimiento de estrategias y funcionamiento en los equipos de trabajo, en función de dicho puesto.



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

Con respecto al número de trabajadores sociales que hay en cada centro de trabajo, de los responsables técnicos que han contestado la encuesta, el detalle es el siguiente:

1 Trabajador Social	11
2 Trabajadores Sociales	6
3 Trabajadores Sociales	1

Es decir, hay un trabajador social en 11 centros, de los encuestados, 2 trabajadores sociales en 6 centros, y 3 trabajadores sociales en uno de los centros encuestados.

La opinión que tienen los responsables técnicos con respecto a la figura del/la trabajador/a social en su Centro de Drogodependencias, por lo general es bastante buena. A continuación se expresan las respuestas de los doce encuestados:

- 1.- *“Muy buena. Es una profesional responsable, honesta y cumplidora”.*
- 2.- *“Imprescindible tanto en la evaluación del caso, como para búsquedas de apoyos y para la deshabituación/reinserción. Importante para objetivos terapéuticos. Debe ser miembro activo del equipo con acceso a historias clínicas”.*
- 3.- *“Imprescindible para el abordaje integral de las drogodependencias”.*

4.- *“Figura importante, por la proximidad y el conocimiento de la población drogodependiente, que tiene unas características propias, que sirve de enlace y nexo con otros servicios sociales”.*

5.- *“Está dotado de pocas áreas de acción. Complicada la labor de un trabajador social en equipo donde hay figuras que tiene un peso tan desequilibrado en la intervención”.*

6.- *“Es una figura clave en el trabajo de equipo”.*

7.- *“Me parece necesaria ya que el abordaje de las drogodependencias se realiza desde un modelo biopsicosocial de intervención necesariamente multidisciplinar”.*

8.- *“Me parece indispensable dado que la drogodependencia es multicausal y además la esfera social está generalmente afectada en nuestros pacientes”.*

9.- *“Que es necesaria y especialmente útil para trabajar la reinserción social del drogodependiente”.*

10.- *“Persona con amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias, de una enorme valía profesional y humana. Trabajador, responsable, muy implicado en su labor y al mismo tiempo bien situado en su posición como profesional. Gran capacidad para el trabajo en equipo”.*

11.- *“Imprescindible”.*

12.- *“Básica en los equipos interdisciplinares”.*

13.- *“La considero como miembro del equipo y facilita información muy valiosa en cuanto al trabajo que realiza, ya que tiene acceso a un sinfín de recursos sociales que permiten una intervención de calidad”.*

14.- *“Es una buena profesional y para que el equipo sea interdisciplinar es necesaria su figura”.*

15.- *“Necesaria en el tratamiento integral de la problemática de las drogodependencias pero limitada en accesibilidad de datos y su intervención queda condicionada a las intervenciones de los otros profesionales (concretamente los clínicos).”*

16.- *“Figura fundamental en el trabajo integral con pacientes drogodependientes”*

17.- *“Importante el trabajo que desarrolla sobre todo en las coordinaciones con otras entidades sociales: servicios sociales, etc...”*

18.- *“Buen profesional, pero limitado para desarrollar bien su trabajo”.*

Para los responsables técnicos de los centros de drogodependencias, las funciones de los trabajadores sociales se concentran, principalmente en: la orientación social tanto al paciente como a la familia; la gestión de prestaciones sociales; el asesoramiento judicial y sociolaboral; y la coordinación con recursos. Estas funciones son reiteradas en las diferentes respuestas de los distintos responsables.

Hay unas funciones menos reiteradas y que las mencionan solo en una o dos ocasiones a lo sumo, los diferentes responsables, como son: Primera entrevista: recogida de demanda, explicación del programa terapéutico; Prevención de drogodependencias en ámbito escolar y comunitario; Intervención familiar; Intervención individual; Intervención grupal; Intervención comunitaria; Intervención con enfoque multidisciplinar biopsicosocial; y Diseño y seguimiento en procesos de reinserción.

Es importante conocer si para el responsable técnico de los diferentes centros de drogodependencias, las funciones de los trabajadores sociales se ajustan a la demanda del propio centro y/o a las necesidades de los pacientes. Para ello, es necesario conocer, por parte de los responsables técnicos si hay alguna función que los trabajadores sociales deberían hacer, y que no hacen. Las respuestas a esta cuestión son variadas, y se detallan las más significativas:

*“Función en el área de tareas preventivas respecto a las drogodependencias”.*

*“Gestión directa de ayudas sociales (actualmente de servicios sociales)”*

*“Reciclaje y actualización para dar respuesta a nuevos perfiles de usuarios”.*

*“Participación en la historia clínica, participación en la elaboración de informes de derivación”*

*“En el trabajo con familias, las trabajadoras sociales de mi centro, tienen carencias de formación, con lo que no intervienen todo lo que sería necesario”.*

En cuanto a las expectativas que los responsables técnicos tienen con respecto a los trabajadores sociales de sus centros de trabajo, se plantean la continuidad de estos

profesionales en el ámbito de las drogodependencias, ya que como se ha mostrado anteriormente, lo consideran como parte del equipo y es necesario para la realización y la mejora de un tratamiento integral. Se destaca el papel de proximidad y conocimiento de la población y del territorio, lo que hace que además de tener un papel integrador, tienen un papel como conocedores de la red en drogodependencias. Otras de las expectativas a considerar es que se fomente y mejore la coordinación con los recursos sociales locales (servicios sociales municipales, organizaciones no gubernamentales, tejido asociativo, etc...); y que tengan más implicación en los procesos de toma de decisiones en los equipos de trabajo.

El papel que desempeñan los trabajadores sociales en los centros de trabajo, desde el punto de vista del coordinador o del director (es decir, responsable técnico) reitera las aportaciones que se vienen realizando hasta ahora, al respecto. Es importante, en este apartado transcribir las respuestas de los encuestados, por mostrar de primera mano, las opiniones de los mismos:

- 1.- *“Aporta seguridad en los enfoques del tratamiento a los pacientes y una amplia visión en las diferentes alternativas de tratamiento”.*
- 2.- *“Un eslabón imprescindible en el proceso terapéutico biopsicosocial del paciente y de su entorno”.*
- 3.- *“Papel mediador en conflictos sociales, marginales o de exclusión del drogodependiente”.*
- 4.- *“Además de las funciones desempeñadas tiene un papel integrador entre lo sanitario y lo social, con respuestas, en escenarios complejos, humanizadores e inclusivos”.*
- 5.- *“¿Ahora? Mero gestor de algún recurso y puerta de entrada al sistema”.*
- 6.- *“Es un profesional clave en el tratamiento y actuaciones con familiares. La gestión de recursos para tratamiento y reinserción, son claves”.*
- 7.- *“Un papel esencial, puesto que identifica, evalúa e interviene sobre las necesidades sociales de la población drogodependiente, atendiendo también a las demandas familiares”.*
- 8.- *“Un miembro más del equipo técnico interdisciplinar”.*

- 9.- *“El necesario papel de intentar la integración social del drogodependiente”.*
- 10.- *“NS/NC”*
- 11.- *“De nuevo, un papel imprescindible”.*
- 12.- *“Es uno más en el equipo”.*
- 13.- *“Forma parte del equipo y como tal aporta la visión social de la intervención del propio paciente”*
- 14.- *“Es un profesional que está dentro del equipo que pretende ser interdisciplinar aunque no siempre se consigue que sea así”.*
- 15.- *“Desarrolla el ámbito social de la problemática de la drogodependencia, tanto de la persona que acude al centro como de su familia”.*
- 16.- *“Papel imprescindible en la coordinación con otros organismos y entidades”.*
- 17.- *“Es difícil asumirle como parte del equipo teniendo tantas trabas administrativas por parte de la agencia en cuanto a las funciones de este profesional”.*
- 18.- *“Es importante que continúe como parte del equipo. Sin él la parte social desaparecería en las intervenciones integrales que se realizan en este Centro”.*

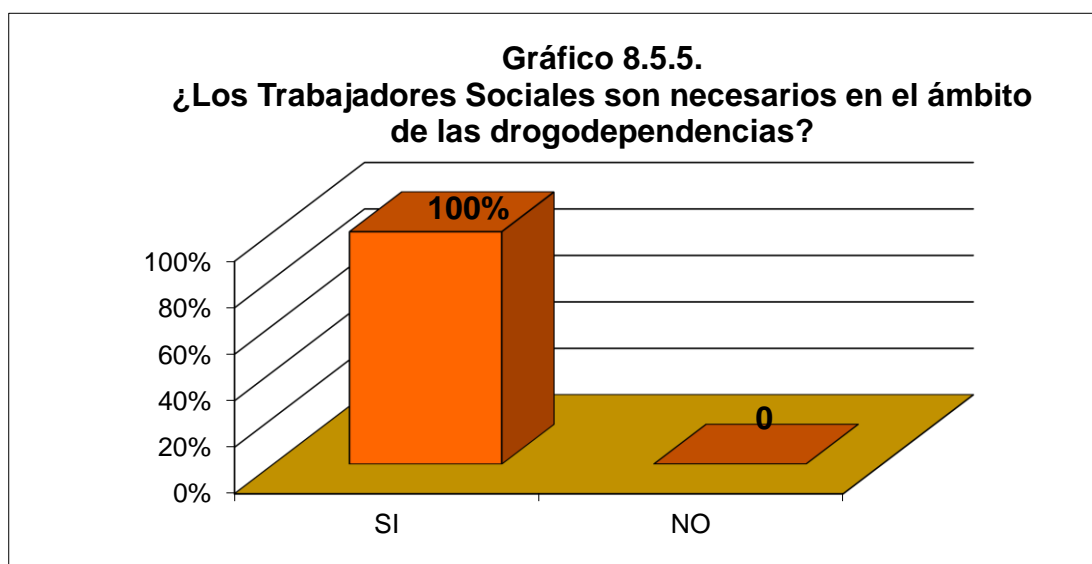
Por lo general, para los técnicos responsables, la figura del trabajador social se ajusta a las necesidades del servicio en el ámbito de las drogodependencias de su centro. Hay alguna opinión que no lo tiene tan claro y argumenta que el trabajador social está infrautilizado y devaluada su labor y propone que se replantee su rol profesional; o que está sobrecargado de tareas burocráticas, y que lo asumen por falta de apoyo administrativo.

Ante la opción de cambiar algún aspecto relacionado con la figura del trabajador social, los responsables técnicos responden mayoritariamente, que sería bueno que el trabajador social formara parte del equipo clínico con las mismas posibilidades que el resto de las profesiones clínicas. Estas son algunas de sus respuestas: *“que le integrarían como un profesional sanitario más, para poder disponer de un enfoque más*



*social del problema de la drogodependencia, y facilitaría su acceso a la historia clínica”; “su consideración de personal no clínico”; “que tuviera un reconocimiento institucional para intervenir en la elaboración de informes de derivación e historias clínicas”; “que pudiese cumplimentar con autonomía la parte de historia social de la historia clínica unificada”.*

Como se puede apreciar en el gráfico adjunto (8.5.5.) para los responsables técnicos, de forma unánime, los trabajadores sociales son necesarios en el ámbito de las drogodependencias:



**Fuente:** Elaboración propia (información obtenida de los cuestionarios realizados por el doctorando)

La justificación de la respuesta anterior, en los cuestionarios de los responsables técnicos, pasa por constatar y reafirmar que desde el conocimiento profesional, las técnicas aprendidas y el alcance humano de la intervención que realizan los trabajadores sociales permiten un tratamiento integral a los pacientes.

Además, son necesarias todas las áreas (incluida la social) para atender adecuadamente a los pacientes y sus familias, y esto se realiza desde un abordaje

terapéutico de manera integral, destacando el papel de este profesional en la fase de reinserción social.

*“La especificidad de la población drogodependiente hace necesario que los trabajadores sociales intervengan con el fin de conseguir los objetivos propuestos en cada caso”,* afirma uno de los responsables técnicos.

Para alguno de los encuestados, *“las drogodependencias son un fenómeno con un alto componente social y comunitario, y la gestión de recursos es muy importante para aumentar la calidad de los servicios y abordar la reinserción social”*.

Por último, otro de los responsables técnicos encuestados afirma: *“las adicciones y sus consecuencias son multifactoriales, por lo que deben cubrirse todos los aspectos que se encuentren afectados por ello”*.



## **Capítulo 9:**

### **Conclusiones y Propuestas de futuro**

#### **9.1. Conclusiones**

Tras el análisis realizado desde los diferentes puntos de vista de los intervinientes implicados en este estudio sobre la figura del trabajador social y los equipos integrales en los centros de drogodependencias, cabe ahora presentar las conclusiones recogidas desde esta investigación, y así ver el grado de cumplimiento de las Hipótesis planteadas en esta Tesis.

En referencia a la hipótesis sobre la función principal atribuida a los trabajadores sociales en los centros de drogas que es limitada a la gestión de recursos, se constata que efectivamente los otros profesionales (que no son trabajadores sociales) de los centros de drogodependencias consideran como principal, dicha función; en cambio, en el caso de los propios trabajadores sociales las funciones principales son el acompañamiento de procesos de la persona y la Relación de Ayuda; aunque se considere como tarea complementaria, la gestión de los recursos.

Quizás los otros profesionales perciben una imagen, que no está muy alejada de la realidad y que, de alguna manera es característica de la profesión por tener asociadas las labores administrativas de despacho en muchas ocasiones, dando menos visibilidad a las funciones más propias de la profesión.

En el ámbito de las drogodependencias y debido a las circunstancias políticas, burocráticas y normativas, al trabajador social le ubican fuera de las profesiones sanitarias, y como tal, en los equipos de trabajo, el trabajador social se puede ver limitado a atender demandas puntuales de información y asesoramiento puntual, y quedar fuera de la intervención integral con el paciente.

Esta realidad contrasta con los resultados de este trabajo de investigación, en el que se descubre que los trabajadores sociales se consideran satisfechos en su equipo y confirman el buen funcionamiento del mismo. Tanto los trabajadores sociales como los otros profesionales responden que en la mayoría de las ocasiones se dan las características propias de un buen trabajo en equipo.

No existe un reconocimiento igualitario por parte del resto de profesionales que intervienen en los centros de drogas, en la medida en que lo prioritario en los tratamientos terapéuticos se centra en la atención clínica, que normalmente es instruida por los médicos y los psicólogos clínicos. A este nivel, el hecho de que la profesión del Trabajo Social no se considere sanitaria, según la normativa vigente, impide que, oficialmente se pueda acceder a los datos de la historia clínica de los pacientes, al considerar este tipo de información como sensible y de muy alta confidencialidad, lo que dificulta de esta manera, la dinámica del trabajo cotidiano en cuanto a dicho acceso se refiere. Ante esto, la opción más práctica es restringir el acceso de los profesionales “no sanitarios” a dichas historias, y quedar ajustada la información a los correspondientes partes interconsulta que los facultativos deberían emitir al efecto para que los profesionales “no sanitarios” (trabajadores sociales y educadores sociales) puedan intervenir.

Desde este argumento, el doctorando realiza una reflexión que lleva a considerar que la información que los profesionales del Trabajo Social utilizamos en el quehacer diario es también información sensible y confidencial, y cuando se habla de usuarios o personas que acuden a nuestros servicios de atención, al igual que ocurre con los pacientes que atiende el personal “clínico”, hablamos en todos los casos de personas cuya legislación les ampara en todos los ámbitos de su vida, incluida la ley de protección de datos personales, y que la ética de todas las profesiones también protege desde el garantizar la confidencialidad de todas y cada una de las personas que también atiende el personal “social”.

Con todo esto, queda añadir que la cuestión que se trata en esta reflexión es que son las mismas personas (en nuestro caso, pertenecientes al colectivo de las personas drogodependientes) las que acuden de igual manera a la consulta médica, a la psicológica y a la del trabajador social: mismas personas, misma problemática y mismos datos (en todo momento: “protegidos”).

En el caso de las coordinaciones entre compañeros de los equipos de trabajo, el estudio demuestra que no existen dificultades ni limitaciones al respecto, por lo que se celebran reuniones de coordinación interdisciplinares en los centros de drogodependencias, con carácter periódico y de manera programada, tanto entre los propios trabajadores sociales (cuando hay más de uno en el mismo centro), como con el resto de profesionales clínicos y sanitarios.

Desde la opinión que se recoge del personal sanitario y clínico, el trabajador social es necesario en los centros de drogas, aunque es preciso insistir, que estos datos se extraen de la opinión de estos profesionales, ya que en la práctica diaria, la realidad no se ajusta exactamente a estos planteamientos, y así queda constatado en el estudio realizado cuando indican que los trabajadores sociales amplían en los equipos su carácter de interdisciplinariedad, apoyan los aspectos sociales, familiares y comunitarios, y además realizan su intervención a través de la Relación de Ayuda y el acompañamiento social.

Destacar que los profesionales sanitarios consideran que el trabajador social fomenta las coordinaciones con las entidades sociales y tiene un alto conocimiento de los recursos y su gestión. Los intervinientes en este estudio, en su mayoría, también consideran imprescindibles sus competencias profesionales para una adecuada rehabilitación y reinserción social del paciente. Frente a esta valoración, se recoge otro argumento que indica que, dada la situación actual de la labor del trabajador social se solapa con la de servicios sociales generales, y si estos últimos estuvieran bien dotados y en coordinación con la red de drogodependencias se podría prescindir de ellos. Con esta visión, se acepta la figura del trabajador social, pero desde un ámbito más generalista, desde los propios servicios sociales generales (de cada municipio), de tal manera, que argumenta que si se tuviera una adecuada coordinación y hubiera una buena conexión entre los diferentes servicios, tanto de atención primaria como especializados, no sería necesaria la figura del trabajador social en los centros de drogodependencias, y por consiguiente, serían suficientes con los trabajadores sociales “generales” de los servicios sociales “generales”. El proponente no está de acuerdo con este punto de vista, ya que considera que merma la atención especializada del Trabajo Social y, en consecuencia reduce las prestaciones sociales a los ciudadanos implicados.

El proponente considera que la Relación de Ayuda y el Acompañamiento en los procesos de la persona son funciones y características de los trabajadores sociales, aunque no exclusivas, como bien se ha podido explorar a lo largo del análisis bibliográfico realizado en esta Tesis, de tal manera, que desde la teoría, efectivamente esta hipótesis, en parte, queda constatada. La controversia surge, en la segunda parte de esta investigación, ya que al realizar el análisis de campo, son los profesionales clínicos y sanitarios del ámbito de las drogodependencias los que parecen “adueñarse” de estos aspectos como propios de sus diferentes profesiones, ya sean médicos, enfermeros, psicólogos y/o educadores sociales. Esta actitud demuestra que, aunque se puede trabajar en equipo, estos equipos que están formados por diferentes profesiones, manifiestan comportamientos de cada grupo como estancos, y se tiene la percepción de querer defender el espacio profesional de cada uno, como si de un

territorio propio se tratara, lo que indica que no se favorece la complementariedad del trabajo en equipo, sino la multidisciplinariedad, desde la cual, cada profesión defenderá su área disciplinar sin entrar en la valoración de un trabajo interdisciplinar. Con ello, se puede considerar que se admite que “el otro profesional”, aunque también pertenece al mismo equipo de trabajo, pueda intervenir, pero no se valora o no se le da la importancia que puede tener su disciplina en el equipo. También, se puede considerar, en referencia a los resultados de esta investigación, que el trabajador social valora que hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda como algo propio de su profesión, pero los otros profesionales no lo valoran de la misma manera, considerando estos últimos, que la aplicación de estos aspectos no son necesariamente propios del trabajador social, sino todo lo contrario, que pertenecen a ellos, como se indicaba anteriormente.

Se constata pues, también la hipótesis de que existe una percepción residual del Trabajo Social, en tanto en cuanto que no se le atribuyen funciones propias de la profesión en el diseño de la intervención, al existir esta “competición” por aspectos de la intervención psicosocial.

Los trabajadores sociales confirman la importancia de los aspectos en la aplicación de los modelos de intervención social, siendo los aspectos más valorados: Que permiten comprender y explicar lo que ocurre; Que sirven para orientar y guiar la práctica profesional; Que sirven para fundamentar la práctica, y ayuda a recoger datos, elaborar hipótesis, elegir los objetivos, las estrategias y las técnicas que convienen a los problemas encontrados.

Aunque, por lo general, los intervinientes en este estudio conocen diferentes modelos de intervención, se destaca que el más conocido es el biopsicosocial. En el caso de los profesionales de lo social también conocen en mayor medida el Modelo Humanista (modelo en el que se ha centrado el proponente); y en el caso de los profesionales clínicos, conocen los modelos de corte biomédico o psicodinámico, que son más característicos de “lo clínico”. El estudio indica que los modelos más utilizados son: el modelo biopsicosocial y el modelo conductual seguido del Modelo Humanista.



Todo parece indicar que aunque se conocen los modelos y, en general, cada profesional aplica alguno, no existe un modelo consensuado en la intervención social. Los trabajadores sociales proponen crear espacios de comunicación con el fin de establecer unos protocolos que unifiquen los criterios del Trabajo Social, concienciar a otros compañeros de los equipos de trabajo del papel del trabajador social, y la adaptabilidad del modelo o modelos, en cuestión, a la persona o personas atendidas en función de las necesidades de éstas; favorecer la formación y la investigación de los profesionales en esta materia, para su mejor aplicación; y finalmente, indican el refuerzo y el apoyo de la dirección de los centros para que favorezca la implantación de los modelos o la continuidad de los mismos.

Con respecto al compromiso político en cuanto a la problemática de las adicciones y en relación a lo que supone desde el Trabajo Social, indicar que, tras el estudio realizado se constata que aunque existe un interés por establecer objetivos, líneas estratégicas de actuación y actividades formativas, se podría mejorar y ampliar los recursos que desde la Estrategia Nacional sobre drogas y los Planes Autonómicos de drogodependencias se señalan, y que a nivel local, se materializan en Planes Municipales y en centros especializados de tratamiento como respuesta a la demanda, tanto de la población en general, como de los pacientes-usuarios en particular.

Los responsables técnicos intentan apoyar la figura de los trabajadores sociales en los equipos de tratamiento, pero se encuentran, en ocasiones, con dificultades burocráticas e indicaciones políticas, que les limita la realización de una intervención integral en sus centros de referencia. En general, conocen las funciones del trabajador social y son partidarios de que este profesional intervenga en todo el proceso terapéutico, pero especialmente en la fase de reinserción social.

## 9.2. Propuestas de futuro

Con la finalización de este trabajo no se agota la investigación social en el futuro, refiriéndose al tema planteado, y cabe realizar otras propuestas entorno a ello, tales como:

- Analizar las diferencias significativas entre las funciones y tareas de los profesionales clínicos frente a las propias de los trabajadores sociales estableciendo un protocolo de actuación y de coordinación integral entre todas las profesiones de la intervención.
- Establecer un protocolo de actuación interdisciplinar unificada creando espacios de comunicación en los centros de drogodependencias.
- Necesidad de corroborar el papel del trabajador social con los destinatarios de la atención social (usuarios-pacientes) de los centros de drogodependencias.
- Estudiar el fomento de la visualización de la figura del trabajador social en el campo de las drogodependencias considerándolo como un ámbito sociosanitario frente al predominio actual y casi exclusivo de lo sanitario.
- Las adicciones como problema social versus sanitario.
- La normalización de las personas con problemas de drogodependencias en el sistema.
- El planteamiento de un marco nacional de actuación y la reconsideración de lo social con el fin de desarrollar una normativa específica a nivel estatal.
- Análisis del coste económico versus coste social en el ámbito de las adicciones teniendo en cuenta el desarrollo y la intervención que realiza el trabajador social en este ámbito.

- Análisis sobre la historia clínica y la historia social y el proceso de elaboración para la obtención de una historia sociosanitaria unificada.

**BIBLIOGRAFÍA**

Acebo, A (1992). *Trabajo Social en los servicios sociales comunitarios*. Colección Trabajo Social. Serie cuadernos. Madrid: Siglo XXI de España Editores y Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Aguilar, M. (2013). *Trabajo Social. Concepto y Metodología*. Madrid: Ediciones Paraninfo, S.A. y Consejo General del Trabajo Social.

Aguilera, D. C. y Messick, J. M. (1982). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis: C.V. Mosby.

Anaut-Bravo y Maurandi (2013). EN Gutiérrez, A. (2013). *Trabajo Social: Orígenes y desarrollo*. (p. 227). Madrid: Ediciones Académicas.

Ander-Egg, E. (1985). *¿Qué es el Trabajo Social?*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.

Ander-Egg, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. México: Ed. El Ateneo.

Ander-Egg, E. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI. Madrid.

Ander-Egg, E. (2011). ¿Es posible un Trabajo Social como profesión, testimonio de lo humano? Interacción y Perspectiva. *Revista de Trabajo Social*, Vol. 1 nº 2 - 142-151.

Ander-Egg, E. y Follari, R. (1988). *Trabajo Social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas.

Anger-Egg, E. (1992). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Austin, C. (1983). Case management in long-term care: options and opportunities. *Health and Social Work*, vol. 8, nº 1.

Austin, C.; y McClelland, R. (1996). Perspectives on Case Management Practise. *Families International*. Milwaukee. 77-78

Aylwin de Barros, N. (1993). *Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.

Ballesteros, A (2004): "Aportaciones de la Filosofía al Trabajo Social: el existencialismo de Donald F. Krill". *RTS Revista de Trabajo Social*, nº 175, 28-56.

Barbero, J.M. (2002). *El Trabajo Social en España*. Zaragoza: Mira Editores. Zaragoza.

Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas. *Miscelánea Comillas*, vol. 70, núm 136.

Bellido, A. (1993). La primera entrevista en la Relación de Ayuda del Trabajo Social Individualizado. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. Nº 2. Escuela Universitaria de Trabajo Social*. Alicante: Universidad de Alicante.

Beneit, J., García, M. y Mayor, L. (Coordinadores) (2009). *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Editorial Síntesis.

Bermejo, J. C. (1998). *Apuntes de Relación de Ayuda*. Santander: Editorial Sal Terrae.

Bermejo, J. C. y Martínez, A. (2006). *Motivación e Intervención Social: Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Santander: Editorial Sal Terrae.

Bernabéu y Gascon (1999). *Antecedentes históricos de la visitadora sanitaria Concepción Arenal y su Visitador de los pobres*. Alicante: Universidad de Alicante.

Biestek, F.P. (1961). *The Casework Relationship*. London: Unwin Hyman (Trad. Cast.: Las relaciones de "casework"). Madrid: Aguilar (Original en inglés, 1966).

Bizouard, C. (1989). *De la acogida al diálogo*. Bogotá: Selare.

Brezmes, M. (2008). *El Trabajo Social en España*. Murcia: Editum.

Caballol, J. M. (coord.) (2013). *Construyendo relaciones. Intervención psicosocial con personas sin hogar*. Madrid: Asociación Realidades y Fundación RAIS.

Calafat, A. (1995). *Los Factores de riesgo en drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.

Canimas, J. (2006). La ética aplicada a la intervención social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Nº 73. 135-144

Capilla, A. y Villadóniga, J. C. (2004) *Pioneros del Trabajo Social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Servicio de Publicaciones. Universidad de Huelva.

Carkhuff, R., (1967). Toward a Comprehensive Model of Facilitative Interpersonal Processes. *Journal of Counseling Psychology*, 1967, 14, 58.

Casera, D. (1983). *Mis hermanos los psicóticos*. Madrid: Paulinas.

Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales EN *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales* (coord. por Fernando Álvarez-Uría Rico), 25-36.

Castillo, A. (2011). Aproximación al Trabajo Social en España. *Revista Serviço Social y Sociedade*. Sao Paulo, número 108, 623-638.

Cian, L. (1995). *La Relación de Ayuda*. Madrid: CCS.

Cibanal, L. et al. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Editorial Elsevier.

Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Texto aprobado por la asamblea general de colegios oficiales de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria del 9 de Junio de 2012.

Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Colección Trabajo Social. Serie libros. Madrid: Siglo XXI.

Colom, D. (2010). *El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Ed. Ekaina.

Contreras, M. (2006). *Principales Modelos para la Intervención de Trabajo social en Individuo y Familia*. Santiago de Chile: Departamento de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Universidad Tecnológica Metropolitana.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación". *Revista Anales de Psicología*. Vol. 19. Nº 2, 205-221. Universidad de Murcia.

Corera, C. (2002). Los servicios sociales de atención primaria ante la desigualdad y los nuevos procesos de exclusión. En *Memoria del Congreso de Servicios Sociales de Atención Primaria. 20 años de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Murcia*. Murcia, 28 y 29 de noviembre de 2001.

Davis, F. (1983). *La comunicación no verbal*. Ed. Alianza.

De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Dietrich, G. (1986). *Psicología general del counseling*. Barcelona: Herder.

Domenech, R. (1990). Los años 80. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Número 20, 80-90.

Duque, A. (2013). *Metodologías de Intervención Social. Palimpsestos de los modelos en Trabajo Social*. Manizales, Colombia: Editorial Epi-logos.

Durkheim, E. (1985). *La división del Trabajo Social*. Barcelona: Editorial Planeta.

Escartín, M. J. y Suárez, E. (1994). *Introducción al Trabajo Social I. Historia y fundamentos teórico-prácticos*. Alicante: Aguaclara.

Escartín, M. J. (1998). *Manual de Trabajo Social. Modelos de práctica profesional*. Colección Amalgama. Alicante: Editorial Aguaclara.

Escartín, M. J., Palomar, M. y Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con individuos*. Alicante: Aguaclara.

Espelund, I. (1988). "No hay camino fácil hacia o desde el cisma", en *Un cisma de la Educación del Trabajo Social. Énfasis en el individuo o en la sociedad*, Barcelona. EUTS, pp. 35-36.

FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción). (1996). *Manual del animador. Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid.

Farber, B. A., Brink, D. C. y Raskin, P. M. (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández, T. (Coord.) (2009). *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid: Alianza.

Ferrer, X., Alemany, G., Calvo, A., Duro, R. (1990). La Formación de padres para la prevención del abuso de drogas. En *XVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol* (1988), Valladolid, Vol.3. 511-516.

Ferro S. (2004). Interdisciplinariedad y drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17. 289-304. Madrid.

Freixa, F. (1993). *El fenómeno droga*. Barcelona: Ed. Salvat.

Friedlander, W.A. (1985). *Dinámica del Trabajo Social*. México, D.F.: Editorial Pax México. Librería Carlos Césarman, S.A.

Fundación RAIS. (2013). *Curso sobre la Relación de Ayuda en acompañamiento a personas en situación de vulnerabilidad y de exclusión social – Modalidad a Distancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gaitán, L. (1990). El Trabajo Social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional. *Colección Documentación Social*. Nº 79. Madrid: Cáritas.

Gamella, J. F. (2003). Drogas y control social: una excursión etnohistórica". (Capítulo 3) EN Pantoja, L. y Abeijón, J.A. (Directores). *Drogas, Sociedad y Ley*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

García, J. y Melián, J. R. (1993). *Hacia un nuevo enfoque del Trabajo Social*. Madrid: Editorial Narcea.

Giner, S. (1968). Sociología y Trabajo Social. En I Congreso Nacional de Asistentes Sociales. Barcelona, p. 33.

Giner, S. (1985). La tentación corporativa: el Trabajo Social en la encrucijada. *Revista de Trabajo Social*. Número 98, 32-26.

Giordani, B. (1988). *Psicoterapia humanística. De Rogers a Carkhuff. La terapia centrada sulla persona*. Assisi: Cittadella.

Givertz, H. (1970). *Estado de Bienestar*. Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Madrid: Ediciones Aguilar.

Gómez, F. (2007). *Intervención social con familias*. Madrid: Ed. McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.

Gómez, R. (2010). Una metodología de Intervención Social. Aplicación práctica de la Relación de Ayuda desde el método de Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social. Número 47. Revista de Trabajo Social y Acción Social*. Málaga: Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga.

Gómez, R. (2010b). Variables en la profesionalización del Trabajo Social. *Revista Abendua*. País Vasco.

Gondra, J.M. (1981). *La psicoterapia de Carl R. Rogers*. Madrid: Desclée de Brouwer.

González, L. (1976). III Congreso Nacional de Asistentes Sociales. Ponencia. Sevilla. página 76.

Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario (2012). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.

Healy, K. (2001). *Trabajo Social: perspectivas contemporáneas*. Madrid: Morata.

Hernández, J. (1991). *Acción comunicativa e intervención social*. Madrid: Editorial Popular.

Hill, R. (1982). *Metodología básica en Servicio Social: consideraciones teóricas sobre la integración de métodos en América Latina*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.

Hill, R. (1986). *Caso individual. Modelos actuales de práctica*. Buenos Aires: Humanitas.

Hollis, F. y Woods, M.E. (1981). *Casework. A psychosocial therapy*. New York: Random House.

Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo Social*. Barcelona: Ed. Paidós.

Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case Management. *Schizophrenia Bulletin*, nº 8, 657.



Ituarte, A. (1995). *El papel del trabajador social en el campo sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. Zaragoza: XI Congreso Estatal de Trabajo Social.

Jehu, D. (1979). *Modificación de la conducta en Trabajo Social*. México: Limusa. México.

Jiménez, A. (2011). *Las funciones del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Torrejón de Ardoz*. Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz. Documento no publicado (uso interno).

Ladero, L. y Jiménez, A. (2010). Proyecto de Intervención con Familiares de Pacientes con Problemas a Adicción a Drogas. Documento de uso interno. No publicado. Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Torrejón de Ardoz.

Las Heras, P. y Cortajarena, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.

Lázaro, S., Rubio, E., Juárez, A. (2010). *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Leal, J. (1994). La construcción de lo grupal en los equipos de trabajo. *Revista de Trabajo Social*, 133. Barcelona.

López, J. (1992). *Los Servicios Sociales (Aproximación conceptual a los indicadores discriminatorios)*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

Losada, M. J., Márquez, P. Sebastián, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 8. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense.

Madrid, J. (1986). Relación de Ayuda y Comunicación. En (AA.VV). *Hombre en crisis y Relación de Ayuda*, Madrid: Asetes. 195-196

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la Relación de Ayuda*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Maidagán de Ugarte, V. (1960). *Manual de Servicio Social*. Buenos Aires: Instituto de Servicio Social.

Manual para el Trabajo Social de acompañamiento en los itinerarios de inserción. (2003). Madrid: Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

- Mañós, Q. (1998). La Relación de Ayuda como técnica interactiva. *Revista de Intervención Socioeducativa. "La Relación de Ayuda en la intervención socioeducativa. Nº 10*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés. Universidad Ramon Llull.
- Maroto, A. L. (2001). Ipsoterapia en Trabajo Social. Por una intervención social desde los afectos. *Trabajo Social Hoy*, 34.
- Marroquín, M. (1991). *La Relación de Ayuda en Robert R. Carkhuff*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Martín, V. M. (2009). *Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Martínez, M. J. (2005). *Modelos teóricos del Trabajo Social*. Murcia: Ed. Diego Marín.
- Maslow, A. (1983). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairos.
- Maturana, H. (1994). Emociones y Lenguaje en Educación Política. Santiago: Dolmen Ediciones, S.A.
- Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, C. H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Moix, M. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Editorial Trivium, S.A.
- Moix, M. (2006). *La práctica del Trabajo Social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Molina, M. V. (1994). *Las enseñanzas del Trabajo Social en España 1932-1983. Estudio socio-educativo*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Moxley, D. P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park (CA): Sage
- Murugarren, A. (coord.). (2011). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión*. Pamplona: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.
- Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva económica. *Informació Psicològica*, 66, 4-9.
- Palomar, M. y Suárez, E. (1993). El modelo sistémico en el Trabajo Social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2, Alicante: Universidad de Alicante.
- Paúl, V. (1972). *Pervivencia de un fundador*. Obras Completas, t. IX, Salamanca: Ed. Sígueme.

Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica*. Barcelona: Editorial Paidós.

Pellejero, J. M y Grijalvo, F. (2007). Intervención en Drogodependencias. *Manuales docentes de Trabajo Social. Nº 11*. Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Peplau, H. (1962). Interpersonal techniques: the Crux of Psychiatric Nursing. *American Journal of Nursing* 62, 50-54.

Pérez, B. (2004). El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. *Colección Documentación Social nº 135*. Madrid: Edita Cáritas Española.

Pincus, A. y Minahan, A. (1973). *Social Work Practice: Model and Method*. Itasca, Illinois: Peacock.

Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012. (2009). Madrid: Ayuntamiento de Móstoles.

Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. (2013). Madrid: Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz 2012-2015. (2012). Madrid: Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz.

Pomar, F. J. (2004, Octubre) *El Trabajo Social como elemento diferenciador del sistema de Servicios Sociales: La Ayuda Personal*. Comunicación presentada en la Junta Municipal de Ciudad Lineal con motivo del 25 Aniversario de los Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Madrid, Madrid.

Pomar, F. J. (2008). *La intervención profesional de los trabajadores sociales*. (Tesis Doctoral). No publicada. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Pontificia de Salamanca. Madrid.

Pons, J y Bejarano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Pons, X. (2008). Modelos Interpretativos del Consumo de Drogas. *Revista Polis-Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*. Vol. 4 nº 2. Valencia. 157-186.

Powell, J. (1989). *¿Por qué temo decirte quién soy? Sobre autoconocimiento, maduración personal y comunicación interpersonal*. Santander: Sal Terrae.

Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.

Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones. (2012). Madrid: Madrid Salud. Instituto de Adicciones.

Ramírez, I. (2000). *Hacia la reinserción de los jóvenes drogodependientes*. Madrid: Instituto de la Juventud (Injuve).

Ranquet, M. Du (1996). *Los modelos en Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.

Richmond, M. E. (1996). *El caso social individual y el diagnóstico social*. Textos Seleccionados. Madrid: Talasa Ediciones, S.L.

Robertis, C. (de). (1992). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Barcelona: Editorial El Ateneo.

Rodríguez, D. (1992). *Diagnóstico Organizacional*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Rodríguez, N. (2010). De la Relación de Ayuda en la intervención social. *Documentos de Trabajo Social, nº 48. Revista de Trabajo Social y Acción Social*. Málaga: Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga.

Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.

Rogers, C. (1987). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.

Rogers, C. (2010). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Ed. Paidós.

Rogers, C. (2014). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ed. Paidós.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. (dos tomos). Madrid: Ed. Alfaguara

Rogers, C. y Rosenberg, R. L. (1989). *La persona como centro*. Barcelona: Ed. Herder.

Romeu. (1981). Historia de la previsión social en España: cofradías, gremios, hermandades y montepíos. *Revista Derecho Privado*. Madrid.

Rossell, T. (1999). El equipo interdisciplinario. *Revista de Trabajo Social. Servicios Sociales y Política Social, 46*, 9-20.

Rubí, C. (1990). *Introducción al Trabajo Social*. Barcelona: Euge.

Rueda, J. M. (1992). *El psicólogo social de la comunidad*. Barcelona: Text i context.

Ruidíaz, C. (2008). Notas sobre Concepción Arenal. *Revista REDIR 6*, 55-67.

- Salzberger-Wittenberg, I. (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sánchez, M. L. (1995). El Trabajo Social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuadernos de Trabajo Social nº 8*. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense.
- Sánchez-Vidal, A. (1998). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Editorial EUB.
- Sarabia, A. (2006). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. En *Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO) presentado en las V Jornadas de dicho seminario*. Madrid.
- Serna, J. (1988). *Presos y pobres en la España del XIX. La determinación social de la marginación*. Barcelona: PEU.
- Tausch, R. y Tausch, A. M. (1987). *Psicoterapia por la conversión*. Barcelona: Ed. Herder.
- Torres, J. (1987). *Historia del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Valverde, J. (1993). *El proceso de inadaptación social*. Madrid: Ed. Popular.
- Villa, J.M, Ruíz, E. y Ferrer, J.L. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. *Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4*. Mérida: Ed. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Villegas, M. (1982). Entrevista con Carl Rogers. *Anuario de Psicología*, 27 (2). 109-115,
- Villegas, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología. Número 34. Facultat de Psicologia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Viscarret, J. (2009). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. Capítulo 8. en Fernández García, T. (coord.). *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Vives, J. L. (1992). *Subventio pauperum* (Obra reeditada). Barcelona: Ed. Hacer.
- VV.AA. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria (coord.). (2013). *Documento de Consenso de las Funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León*. Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.
- Watzlawick, P. et al. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Ed. Herder.

Weber, M (1969). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Ed. Península.

Zamanillo, T. y Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Pamplona: Editorial Verbo Divino.

### ENLACES (PÁGINAS WEB):

Cibanal, L. et al. (2011). *Notas sobre el Estado de la Cuestión en la Relación de Ayuda en Enfermería*, [en línea]. Universidad de Castilla La Mancha. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2011/cuestion.htm> [2015, 20 de Julio].

Consejo General de Trabajo Social. La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. [en línea] Disponible en: [http://ascane.org/trabajadores\\_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf) – páginas 13 y ss. [2015, 3 Septiembre]

Documento Estratégico sobre Alcohol y Menores en Castilla y León. Julio 2013[en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020) [en línea]. Disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/investigacion/InvestigacionUE/home.htm>, [2015, 28 Septiembre].

Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>, [2015, 28 Septiembre]

González, P. (2011). *Construyendo el trabajo social “Pensamiento, corazón y dinamismo*, [en línea] Disponible en: [www.eumed.net/rev/ccss/12/](http://www.eumed.net/rev/ccss/12/) [2014, 13 de Octubre].

[http://www.cervantesvirtual.com/portales/concepcion\\_arenal/autora\\_biografia/](http://www.cervantesvirtual.com/portales/concepcion_arenal/autora_biografia/)  
Disponible: 2015, 7 Abril.

[http://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](http://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico). (Código Deontológico del Trabajo Social. Texto Aprobado de forma unánime por asamblea general extraordinaria el día 9 de Junio de 2012).

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm> [2015, 28 septiembre]

<http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/206-adicciones,-un-problema-no-solo-médico.html> consultada el 30 de Marzo de 2015.

I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas. Ciudad Autónoma de Ceuta. 2012-2016 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

II Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007) [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Aragón 2010-2016 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

II Plan Foral de Drogodependencias Abril 2012 de Navarra [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

II Plan sobre Drogas y Adicciones. Ciudad Autónoma de Melilla. 2014-2017 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

III Plan Canario sobre Drogodependencias. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Navarra, Gobierno de. Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra 1998-2005. (2004). Una respuesta a las situaciones de pobreza y marginación social. [en línea] Pamplona, 1999b, Gobierno de Navarra. Disponible en: [http://www.cfnavarra.es/DGBS/planificacion/plan\\_excsocial.htm](http://www.cfnavarra.es/DGBS/planificacion/plan_excsocial.htm)

OMS. Organización Mundial de la Salud. [En línea]. Disponible en: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

Pascual, F. (2015, 13 de Marzo). Un problema no solo médico. *REVISTA ADICCIONES* [en línea]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/206-adicciones,-un-problema-no-solo-médico.html> [2015, 30 de Marzo].

Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan de Actuación en Prevención sobre Drogas 2013-2016: Consumo Drogas y Problemas Asociados. Generalitat de Catalunya [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016 (2011). Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan Nacional sobre Drogas [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/presenta/home.htm> [2009, 26 mayo]

Plan Regional sobre Adicciones 2015-2020 de la Región de Murcia [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]



Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016 [en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Planes Autonómicos de Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

Planes Municipales de Drogodependencias. Federación Española de Municipios y Provincias [en línea]. Disponible en: <http://www.drogodependencias.femp.es/> [2015, 1 octubre]

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: [www.rae.es](http://www.rae.es). [02 de Junio de 2014]

VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011-2015. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]

# Anexos



# Anexo 1

Estimada/o compañera/o:

Soy Antonio Jiménez Fernández, trabajador social del CAID de Torrejón de Ardoz. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de doctorado del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, para la obtención del grado de doctor en trabajo social.

En el desarrollo de dicha investigación necesito su colaboración para poder conocer la opinión de los profesionales de los CAIDs sobre el tema indicado. Por ello, le solicito que cumplimente el cuestionario que le adjunto y que solo le llevará unos minutos.

Trate de responder a las preguntas siguiendo las instrucciones que se indican. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que la información obtenida es completamente anónima por lo que puede responder con total confianza.

Para garantizar el buen desarrollo de la investigación le ruego que lo rellene y lo envíe en el plazo máximo de 10 días. Le agradezco de antemano su participación ya que su opinión es muy valiosa. Para hacerlo, por favor pulse en el siguiente enlace.

Torrejón de Ardoz, a 23 de Julio de 2015

Estimado/a Señor/a:

Soy Antonio Jiménez Fernández, trabajador social del CAID de Torrejón de Ardoz y actualmente, estoy realizando la Tesis Doctoral con un trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de doctorado del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, para la obtención del Grado de Doctor en Trabajo Social.

En el desarrollo de dicha investigación necesito su colaboración para poder conocer su opinión como **responsable político municipal** sobre el tema señalado. Por ello, le solicito tenga a bien delegar la cumplimentación del cuestionario que se adjunta, a la Concejalía competente en materia de drogodependencias de su municipio, de tal manera que una vez cumplimentado puedan remitirlo en el sobre adjunto al apartado de correos indicado.

El cuestionario es breve y solo llevará unos minutos su cumplimentación.

Se ruega contesten a las preguntas siguiendo las instrucciones que se indican y se le recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que la información obtenida es completamente anónima por lo que puede responder con total confianza.

Para garantizar el buen desarrollo de la investigación le ruego que lo rellenen y lo envíen en el plazo máximo de 10 días. Le agradezco de antemano su participación ya que su opinión es muy valiosa.

Atentamente,

Fdo.: Antonio Jiménez Fernández

Torrejón de Ardoz, a 23 de Julio de 2015

Estimado/a Señor/a:

Soy Antonio Jiménez Fernández, trabajador social del CAID de Torrejón de Ardoz y actualmente, estoy realizando la Tesis Doctoral con un trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de doctorado del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, para la obtención del Grado de Doctor en Trabajo Social.

En el desarrollo de dicha investigación necesito su colaboración para poder conocer su opinión como **responsable técnico** sobre el tema indicado. Por ello, le solicito tenga a bien rellenar este breve cuestionario que se adjunta, que solo llevará unos minutos su cumplimentación.

Se ruega conteste a las preguntas siguiendo las instrucciones que se indican y se le recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que la información obtenida es completamente anónima por lo que puede responder con total confianza.

Una vez cumplimentado, le pido que lo remita en el sobre franqueado al apartado de correos que consta en el mismo.

Para garantizar el buen desarrollo de la investigación le ruego que lo rellene y lo envíe en el plazo máximo de 10 días. Le agradezco de antemano su participación ya que su opinión es muy valiosa.

Atentamente,

Fdo.: Antonio Jiménez Fernández

Torrejón de Ardoz, a 23 de Julio de 2015

Estimado/a Señor/a:

Soy Antonio Jiménez Fernández, trabajador social del CAID de Torrejón de Ardoz y actualmente, estoy realizando la Tesis Doctoral con un trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de doctorado del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, para la obtención del Grado de Doctor en Trabajo Social.

En el desarrollo de dicha investigación necesito su colaboración para poder conocer su opinión como **responsable político de Madrid Salud**, sobre el tema señalado. Por ello, le solicito tenga a bien cumplimentar el cuestionario que se adjunta, de tal manera que una vez cumplimentado pueda remitirlo en el sobre que se acompaña al apartado de correos indicado.

El cuestionario es breve y solo llevará unos minutos su cumplimentación.

Se ruega conteste a las preguntas siguiendo las instrucciones que se indican y se le recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Para garantizar el buen desarrollo de la investigación le ruego que lo rellene y lo envíen en el plazo máximo de 10 días. Le agradezco de antemano su participación ya que su opinión es muy valiosa.

Atentamente,

Fdo.: Antonio Jiménez Fernández



Torrejón de Ardoz, a 23 de Julio de 2015

Estimado/a Señor/a:

Soy Antonio Jiménez Fernández, trabajador social del CAID de Torrejón de Ardoz y actualmente, estoy realizando la Tesis Doctoral con un trabajo de investigación sobre el desarrollo profesional del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, dentro del programa de doctorado del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, para la obtención del Grado de Doctor en Trabajo Social.

En el desarrollo de dicha investigación necesito su colaboración para poder conocer su opinión como **responsable político de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid**, sobre el tema señalado. Por ello, le solicito tenga a bien cumplimentar el cuestionario que se adjunta, de tal manera que una vez cumplimentado pueda remitirlo en el sobre que se acompaña al apartado de correos indicado.

El cuestionario es breve y solo llevará unos minutos su cumplimentación.

Se ruega conteste a las preguntas siguiendo las instrucciones que se indican y se le recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Para garantizar el buen desarrollo de la investigación le ruego que lo rellene y lo envíen en el plazo máximo de 10 días. Le agradezco de antemano su participación ya que su opinión es muy valiosa.

Atentamente,

Fdo.: Antonio Jiménez Fernández

# Anexo 2

**Cuestionario para Trabajadores Sociales**  
**Trabajo de Investigación – Tesis Doctoral - Universidad Complutense de Madrid**

P1.- Indique su sexo:

- Mujer
- Varón

P2.- Indique su edad:

P3.- Indique su titulación: (Indique la última titulación adquirida)

- Asistente Social
- Diplomada/o en Trabajo Social
- Grado en Trabajo Social
- Master o Postgrado
- Doctorado

P4.- Número de años de experiencia como Trabajador/a Social:

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Más de 5 años

P5.- ¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?

- SI
- NO

P6.- ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito de las drogodependencias?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Más de 5 años

P7.- ¿En qué tipo de acciones realiza su trabajo?

- Prevención
- Asistencia
- Reinserción

P8.- ¿Qué forma de intervención social realiza?

- Individual
- Grupal
- Comunitaria

P9.- ¿En qué áreas de intervención social interviene?

- Área de Atención Directa
- Área de Coordinación
- Área Docente e Investigación
- Área de Gestión
- Área de Planificación

P10.- Defina las funciones del trabajador social en su Equipo de Trabajo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El / La trabajador/a social es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico					
El / La trabajador/a participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El / La trabajador/a social colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro					
El / La trabajador/a social está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes					

P11.- ¿Qué función considera Vd. que debería ser la principal que tendría que desarrollar como Trabajador/a Social? (Sólo una respuesta)

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades
- Otro: \_\_\_\_\_

P12.- ¿Cuántos Trabajadoras/es Sociales son en su Centro?\*(Incluyéndose Vd.)

P13.- ¿Qué tipo de coordinación se da con el resto de compañeros Trabajadoras/es Sociales de su Centro?

- No hay coordinación
- Llamadas telefónicas a demanda
- Reuniones presenciales a demanda
- Reuniones periódicas programadas
- Otro: \_\_\_\_\_

P14.- ¿Y con otros Trabajadoras/es Sociales de otras entidades: Servicios Sociales, Centros de Salud, Hospitales, Juzgados, ONGs, prisiones, etc...?

- No hay coordinación
- Llamadas telefónicas a demanda
- Reuniones presenciales a demanda
- Reuniones periódicas programadas
- Otro: \_\_\_\_\_

P15.- ¿Qué "otros profesionales" hay en su Centro de Trabajo?

- Médicas/os
- Enfermeras/os
- Farmacéuticas/os
- Auxiliares de Farmacia
- Psicólogas/os Clínicas/os
- Psicólogas/os
- Educadoras/es Sociales
- Terapeutas Ocupacionales
- Otro: \_\_\_\_\_

P16.- ¿Qué tipo de coordinación realiza con "otros profesionales" de tu Centro?

- Ninguna coordinación
- Llamadas telefónicas a demanda del/la Trabajador/a Social
- Llamadas telefónicas a demanda de "los otros profesionales"
- Reuniones presenciales a demanda del/la Trabajador/a Social
- Reuniones presenciales a demanda de "los otros profesionales"
- Otro: \_\_\_\_\_

P17.- ¿Cuál es su función principal como Trabajador/a Social (la de Vd.) en la realidad cotidiana de su trabajo? Sólo una respuesta.

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades
- Otro: \_\_\_\_\_

P18.- ¿Considera que las siguientes características se dan en su Equipo de Trabajo?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Posee un propósito común con valores compartidos					
Tiene metas y objetivos compartidos					
El poder colectivo del equipo puede más que la habilidad individual					
Responsabilidad y delegación en las tareas					
Buenas relaciones personales y de comunicación					
Flexibilidad para adaptarse al cambio					
Compromiso en el desempeño de la tarea					
Se reconoce el trabajo en equipo por todos los que lo forman					
Se tiene sentido de pertenencia, satisfacción por el trabajo y desaparecen los sentimientos negativos					
Los miembros del equipo confían entre ellos. Se produce interdependencia en el equipo					

P19.- ¿Qué modelos de intervención conoce? (Respuesta múltiple)

- Modelo Biomédico
- Modelo Psicodinámico
- Modelo Biopsicosocial
- Modelo de Intervención en Crisis
- Modelo Cognitivo-Conductual
- Modelo Sistémico
- Modelo Ecológico
- Modelo Humanista
- Modelo de Gestión de Casos

P20.- ¿Qué modelo o modelos de los existentes utilizan en su Centro? (Respuesta múltiple)

- Modelo Biomédico
- Modelo Psicodinámico
- Modelo Biopsicosocial
- Modelo de Intervención en Crisis
- Modelo Cognitivo-Conductual
- Modelo Sistémico
- Modelo Ecológico
- Modelo Humanista
- Modelo de Gestión de Casos
- Ninguno

P21.- ¿Qué modelos de los existentes desarrolla VD. como trabajador/a social?\*(Respuesta múltiple)

- Modelo Biomédico
- Modelo Psicodinámico
- Modelo Biopsicosocial
- Modelo de Intervención en Crisis
- Modelo Cognitivo-Conductual
- Modelo Sistémico
- Modelo Ecológico
- Modelo Humanista
- Modelo de Gestión de Casos
- Ninguno



P22.- ¿Considera que se dan estos aspectos en la aplicación de modelos en la intervención social? (Siendo valor 0, si no se da; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Se traducen las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico						
Permiten comprender y explicar lo que ocurre						
Permiten evaluar las hipótesis comprobando su funcionamiento en la realidad						
Sirven para orientar y guiar la práctica profesional						
Sirven para que la práctica se encuentre fundamentada en torno al modelo o modelos que garanticen una mayor adaptación al problema sobre el que se va a intervenir						
Ayuda a recoger datos, elaborar hipótesis, elegir los objetivos, las estrategias y las técnicas que convienen a los problemas encontrados						

P23.- ¿Qué ALTERNATIVAS ofrecería Vd. para mejorar la aplicación de los modelos a la intervención social?

--

P24.- Señale si VD., como trabajador social, hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social (siendo 0, que no hace uso; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Atención empática						
Congruencia						
Aceptación incondicional						
Escucha activa						
Cercanía						
Calidez						
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente						
Calidad en la relación terapéutica establecida						

P25.- Desde su punto de vista, como trabajador social ¿Considera que se dan los aspectos de la Relación de Ayuda en el resto de profesionales? (siendo 0, que no se da; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Atención empática						
Congruencia						
Aceptación incondicional						
Escucha activa						
Cercanía						
Calidez						
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente						
Calidad en la relación terapéutica establecida						

P26.- ¿Cómo calificaría Vd., en esta escala, el grado de satisfacción de su trabajo realizado en el Centro, a nivel general? (Marque el valor que considere, sabiendo que 1 sería la puntuación más baja que indica menos satisfacción y 10 la puntuación más alta que indica mayor satisfacción)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

P27.- ¿Cómo calificaría, en esta escala, el grado de satisfacción con el Equipo de Trabajo de su Centro, a nivel general? (Marque el valor que considere, sabiendo que 1 sería la puntuación más baja que indica menos satisfacción y 10 la puntuación más alta que indica mayor satisfacción)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

P28.- ¿Considera que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes?

- SI (Pasa a la Pregunta P29)
- NO (Pasa a la Pregunta P30)

P29.- ¿Cómo considera que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes?

- Aumentando el número de trabajadores sociales en su Centro
- Aumentando el número de otros profesionales en su Centro
- Teniendo más tiempo para la atención de cada paciente
- Mejorando la relación con el resto del equipo
- Aumentando la coordinación con el equipo
- Estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas del trabajador/a social
- Otro: \_\_\_\_\_

P30.- ¿Qué es lo más importante para Vd. como Trabajador/a Social?

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas administrativas
- Coordinaciones con miembros del Equipo
- Coordinaciones con otras entidades
- Otro:

P31.- Señale lo que opina Vd. de las siguientes cuestiones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El / La trabajador/a social es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico					
El / La trabajador/a participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso					
El / La trabajador/a social colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El / La trabajador/a social está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes					

P32.- ¿Considera Vd. que los trabajadores sociales son necesarios en el ámbito de las drogodependencias?

- SI
- NO

P33.- ¿Por qué? Si en la P32 ha contestado "SI", diga por qué sí; y si ha contestado "NO", diga por qué no. (Enumere tres motivos)

**Cuestionario para Otros Profesionales**

**Trabajo de Investigación – Tesis Doctoral - Universidad Complutense de Madrid**

---

P1.- Indique su sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Varón

P2.- Indique su edad:

--

P3.- Indique su Titulación

- ☐ Médicas/os
- ☐ Enfermeras/os
- ☐ Farmacéuticas/os
- ☐ Auxiliares de Farmacia
- ☐ Psicólogas/os Clínicas/os
- ☐ Psicólogas/os
- ☐ Educadoras/es Sociales
- ☐ Terapeutas Ocupacionales
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

P4.- Número de años de experiencia en su profesión:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 5 años
- ☐ Más de 5 años

P5.- ¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ SI
- ☐ NO

P6.- ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 5 años
- ☐ Más de 5 años

P7.- ¿En qué tipo de acciones realiza su trabajo?

- Prevención
- Asistencia
- Reinserción

P8.- ¿Qué forma de intervención terapéutica realiza?

- Individual
- Grupal
- Comunitaria

P9.- ¿Qué función considera Vd. que debería ser la principal que tendría que desarrollar un/una Trabajador/a Social?  
(Sólo una respuesta)

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades sociales
- Tareas de apoyo a otros miembros del equipo
- Otro: \_\_\_\_\_

P10.- ¿Cuál cree que es la función principal de un/una Trabajador/a Social de su Centro?  
(Sólo una respuesta)

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades sociales
- Tareas de apoyo a otros miembros del equipo
- Otro: \_\_\_\_\_



P11.- ¿Cuántos Trabajadoras/es Sociales hay en su Centro?

--

P12.- ¿Qué tipo de coordinación tiene con los Trabajadores Sociales de su Centro?

- Ninguna coordinación
- Llamadas telefónicas a demanda
- Reuniones presenciales a demanda
- Reuniones periódicas programadas
- Otro: \_\_\_\_\_

P13.- ¿Qué tipo de coordinación realiza con los otros profesionales de u Centro que no son trabajadores sociales?

- Ninguna coordinación
- Llamadas telefónicas a demanda
- Reuniones presenciales a demanda
- Reuniones periódicas programadas
- Otro: \_\_\_\_\_

P14.- ¿Considera que las siguientes características se dan en su Equipo de Trabajo?

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Posee un propósito común con valores compartidos					
Tiene metas y objetivos compartidos					
El poder colectivo del equipo puede más que la habilidad individual					
Responsabilidad y delegación en las tareas					
Buenas relaciones personales y de comunicación					
Flexibilidad para adaptarse al cambio					
Compromiso en el desempeño de la tarea					
Se reconoce el trabajo en equipo por todos los que lo forman					
Se tiene sentido de pertenencia, satisfacción por el trabajo y desaparecen los sentimientos negativos					
Los miembros del equipo confían entre ellos. Se produce interdependencia en el equipo					

P15.- ¿Qué modelos de intervención conoce Vd.?

(Respuesta múltiple)

- ☐ Modelo Biomédico
- ☐ Modelo Psicodinámico
- ☐ Modelo Biopsicosocial
- ☐ Modelo de Intervención en Crisis
- ☐ Modelo Cognitivo-Conductual
- ☐ Modelo Sistémico
- ☐ Modelo Ecológico
- ☐ Modelo Humanista
- ☐ Modelo de Gestión de Casos

P16.- ¿Qué modelo o modelos de los existentes utilizan en su Centro?

(Respuesta múltiple)

- ☐ Modelo Biomédico
- ☐ Modelo Psicodinámico
- ☐ Modelo Biopsicosocial
- ☐ Modelo de Intervención en Crisis
- ☐ Modelo Cognitivo-Conductual
- ☐ Modelo Sistémico
- ☐ Modelo Ecológico
- ☐ Modelo Humanista
- ☐ Modelo de Gestión de Casos

P17.- Desde su punto de vista, señale si el trabajador social de su Centro hace uso de los aspectos de la Relación de Ayuda en la Intervención Social (siendo 0, que no se da; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Atención empática						
Congruencia						
Aceptación incondicional						
Escucha activa						
Cercanía						
Calidez						
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente						
Calidad en la relación terapéutica establecida						

P18.- Desde su punto de vista, ¿Considera que se dan los aspectos de la Relación de Ayuda en el ejercicio de su profesión?

(siendo 0, que no se da; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Atención empática						
Congruencia						
Aceptación incondicional						
Escucha activa						
Cercanía						
Calidez						
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente						
Calidad en la relación terapéutica establecida						

P19.- En general, ¿Considera que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes?

- SI (Pasa a la Pregunta 20)
- NO (Pasa a la Pregunta P21)

P20.- ¿Cómo considera que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes?

- Aumentando el número de trabajadores sociales en su Centro
- Aumentando el número de otros profesionales en su Centro
- Teniendo más tiempo para la atención de cada paciente
- Mejorando las relaciones del equipo
- Aumentando la coordinación con el equipo
- Estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas de todos los profesionales del equipo
- Otro: \_\_\_\_\_

P21.- Señale lo que opina de las siguientes cuestiones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El / La trabajador/a social es una figura necesaria dentro del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social forma parte del Equipo desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico					
El / La trabajador/a participa activamente en la toma de decisiones del Equipo de Trabajo					
El / La trabajador/a social diseña conjuntamente con el resto del equipo la intervención integral de cada caso					
El / La trabajador/a social colabora, solo puntualmente en situaciones/casos concretos, a demanda del Equipo clínico del Centro					
El / La trabajador/a social está fuera del Equipo de Trabajo y tan solo atiende puntualmente demandas de información y asesoramiento de pacientes					

P24.- ¿Considera que los trabajadores sociales son necesarios en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ SI
- ☐ NO

P25.- ¿Por qué?

(Si en la P24 ha contestado "SI", diga por qué sí; y si ha contestado "NO", diga por qué no).

--

### **Cuestionario para Responsables Políticos**

#### **Trabajo de Investigación – Tesis Doctoral - Universidad Complutense de Madrid**

---

P1.- Indique su sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Varón

P2.- Indique su edad:

P3.- Indique su Titulación

P4.- Indique el nombre de su Concejalía

P5.- Número de años de responsabilidad pública:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 5 años
- ☐ Más de 5 años

P6.- ¿Conoce el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ SI
- ☐ NO

P7.- ¿Cree que son necesarios los **Centros de Drogas** (CAIDs / CADs) o por el contrario considera que la atención a drogodependientes debería realizarse desde los recursos generales (Servicios Sociales, Sanidad...)?

- ☐ SI
- ☐ NO

Por favor, justifique la respuesta:

P8.- ¿Qué opinión le merece la figura de los **Trabajadores Sociales** en los Centros de Drogas?

P9.- ¿En qué **ámbitos** considera Vd. que, desde los Centros de Drogodependencias, se debe trabajar? (Respuesta múltiple)

- ☐ Prevención
- ☐ Asistencia
- ☐ Reinserción
- ☐ En los tres anteriores
- ☐ En ninguno

P10.- ¿Qué **forma de intervención terapéutica** considera Vd. que se debería realizar en los Centros de Drogodependencias? (Respuesta múltiple)

- ☐ Individual
- ☐ Grupal
- ☐ Comunitaria
- ☐ Con ninguna

P11.- ¿Qué **función** considera Vd. que **debería** ser la **principal** que tendría que desarrollar un/una Trabajador/a Social en un Centro de Drogodependientes? (Sólo una respuesta)

- ☐ Gestión de Recursos
- ☐ Asesoría Jurídica
- ☐ La Relación de Ayuda

- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades sociales
- Tareas de apoyo a otros miembros del equipo
- Otra: \_\_\_\_\_
- No sabe / No contesta

P12.- ¿Cuál cree que es realmente la función principal de un/una Trabajador/a Social en su/s Centro/s de Drogodependencias de su municipio?  
(Sólo una respuesta)

- Gestión de Recursos
- Asesoría Jurídica
- La Relación de Ayuda
- Acompañamiento de procesos de la persona
- Tareas Administrativas
- Coordinaciones con miembros del equipo
- Coordinaciones con otras entidades sociales
- Tareas de apoyo a otros miembros del equipo
- Otra: \_\_\_\_\_
- No sabe / No contesta

P13.- ¿Qué **modelos de intervención** conoce Vd. en el ámbito de las drogodependencias?

P14.- Desde su punto de vista, ¿qué aspectos de la **Relación de Ayuda** en la Intervención Social debería desarrollar el/los trabajador/es social/es de su/s Centro/s de Drogodependencias?

(siendo 0, que no debería desarrollarse; siendo 1 el valor menor y 5 el valor máximo)

	0	1	2	3	4	5
Atención empática						

	0	1	2	3	4	5
Congruencia						
Aceptación incondicional						
Escucha activa						
Cercanía						
Calidez						
Habilidades para establecer y fomentar el vínculo con el paciente						
Calidad en la relación terapéutica establecida						

P15.- En general, ¿Considera Vd. que se podría mejorar la **atención prestada** a los pacientes?

- SI (Pase a la Pregunta P16)
- NO (Pase a la Pregunta P17)

P16.- ¿Cómo considera que se podría mejorar la atención prestada a los pacientes?

- Promoviendo Políticas Sociales que favorezcan la intervención terapéutica.
- Aumentando el número de trabajadores sociales en los Centros
- Aumentando el número de otros profesionales en los Centros
- Teniendo más tiempo para la atención de cada paciente
- Estableciendo prioridades desde la dirección del centro y teniendo más en cuenta las tareas de todos los profesionales del equipo de manera integral
- Otro: \_\_\_\_\_



P17.- ¿Considera que los **trabajadores sociales** son necesarios en el ámbito de las drogodependencias?

- SI
- NO

P18.- ¿Por qué?

(Si en la P17 ha contestado "SI", diga por qué sí; y si ha contestado "NO", diga por qué no).

P19.- ¿Cómo cree Vd. que afectan las **Políticas Sociales** de su municipio al desarrollo del Trabajo Social en los Centros de Drogodependencias?

**¡ Muchas Gracias por su colaboración !**

Por favor, envíe por correo postal este cuestionario ya cumplimentado a través del sobre franqueado adjunto. Gracias.

**Cuestionario para Responsables Técnicos**  
**Trabajo de Investigación – Tesis Doctoral - Universidad Complutense de Madrid**

---

P1.- Indique su sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Varón

P2.- Indique su edad:

P3.- Indique su Titulación

- ☐ Médicas/os
- ☐ Farmacéuticas/os
- ☐ Psicólogas/os Clínicas/os
- ☐ Psicólogas/os
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

P4.- ¿Ha trabajado siempre en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ SI
- ☐ NO

P5.- ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 5 años
- ☐ Más de 5 años

P6.- Número de años de experiencia en su puesto de responsabilidad técnica:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ Entre 1 y 3 años
- ☐ Entre 3 y 5 años
- ☐ Más de 5 años

P7.- ¿Cuántos Trabajadoras/es Sociales hay en su Centro?

P8.- ¿Qué opinión le merece la figura del/la trabajador/a social en su Centro de Drogodependencias?

P9.- ¿Qué función o funciones desempeña/n el/los trabajador/es social/es en su Centro de Drogodependencias?

P10.- ¿Qué función o funciones **debería hacer** el/los Trabajador/es Social/es **que no hace** en su Centro de Drogodependencias?

P11.- ¿Qué expectativas tiene Vd. como responsable técnico (coordinador/a o director/a) con respecto al trabajador social?

P12.- ¿Qué papel desempeña para Vd. como responsable técnico (coordinador/a o director/a) la figura del trabajador social?

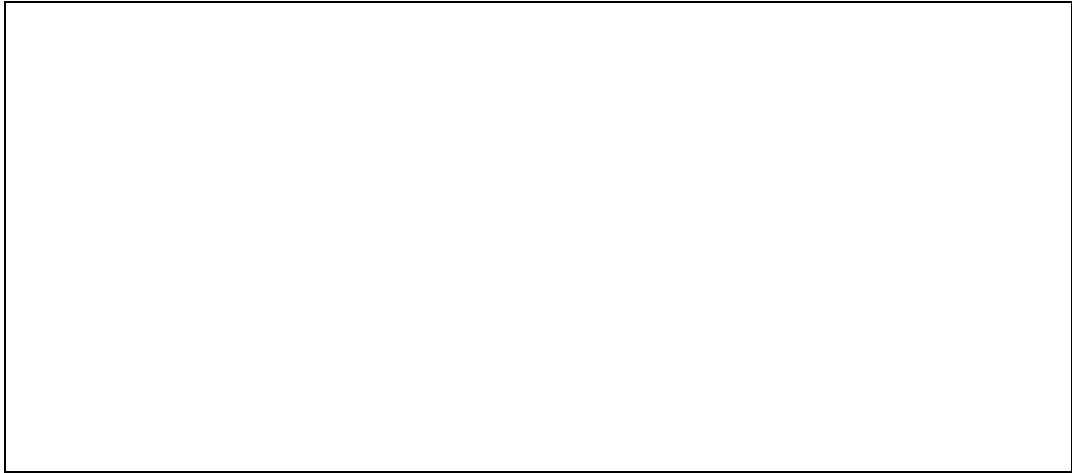
P13.- ¿Cree que la figura del trabajador social se ajusta a las necesidades del servicio en el ámbito de las drogodependencias de su Centro?

P14.- ¿Qué cambiaría con respecto a la figura del trabajador social?

P15.- ¿Considera que los trabajadores sociales son necesarios en el ámbito de las drogodependencias?

- ☐ SI
- ☐ NO

P16.- Por favor, justifique la respuesta.



**¡ Muchas Gracias por su colaboración !**

Por favor, envíe por correo postal este cuestionario ya cumplimentado a través del sobre franqueado adjunto. Gracias.

# Anexo 3

**LISTADO DE LOS  
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDIENTES (CAID)  
CENTROS CONCERTADOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS (CCAD)  
Y CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS (CAD)**

<b>CENTRO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>TITULARIDAD</b>
CAID DE ALCALA DE HENARES	Calle Santiago, 13	Alcalá de Henares	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE ALCOBENDAS	Calle Libertad, 6 – 2º	Alcobendas	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE ALCORCON	Paseo de Extremadura, 19	Alcorcón	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE ARANJUEZ	Calle Primero de Mayo, s/n	Aranjuez	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE ARGANDA DEL REY	Calle Camino del Molino, s/n	Arganda del Rey	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE COLLADO VILLALBA	Pza. Príncipe de España, s/n	Collado Villalba	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE COLMENAR VIEJO	Carretera de Hoyo de Manzanares, 20	Colmenar Viejo	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE COSLADA	Avda. de España, s/n	Coslada	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID ESTE	Plaza Cívica, s/n	Madrid	Comunidad de Madrid
CAID DE FUENLABRADA	Calle del Sauce, 43	Fuenlabrada	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE GETAFE	Plaza Alcalde Juan Vergara, s/n	Getafe	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE LEGANÉS	Calle Vicente Alexandre, 16	Leganés	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE MAJADAHONDA	Avda. Guadarrama, 34 – 1º	Majadahonda	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE MANCOMUNIDAD MEJORADA –VELILLA DE SAN ANTONIO	Calle Federico García Lorca, s/n	Mejorada del Campo	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid




<b>CENTRO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>TITULARIDAD</b>
CAID DE MÓSTOLES	Plaza Villafontana, s/n	Móstoles	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID NORTE	Calle Ntra. Sra. Del Carmen, 46	Madrid	Comunidad de Madrid
CAID DE PARLA	Calle Humanes, 29-31 posterior	Parla	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE SAN FERNANDO DE HENARES	Calle José Alíx, s/n	San Fernando de Henares	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE LA MANCOMUNIDAD LOS PINARES	Ctra. De Ávila, 1	San Martín de Valdeiglesias	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES	Calle Federico García Lorca, s/n	San Sebastián de los Reyes	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID SUR	Calle Jaspe, 40	Madrid	Comunidad de Madrid
CAID DE TORREJÓN DE ARDOZ	Avda. Constitución, 83	Torrejón de Ardoz	Municipal con Convenio de Comunidad de Madrid
CAID DE VALLECAS	Calle Cinco Villas, 1	Madrid	Comunidad de Madrid
CCAD CASA DE CAMPO	Avda. de Portugal, s/n	28011 Madrid	Centro Concertado con Cruz Roja y Ayuntamiento de Madrid
CCAD FUCAR	Calle Fucar, 8	28014 Madrid	Centro Concertado con Cruz Roja y Ayuntamiento de Madrid
CCAD SANTA HORTENSIA	Calle Santa Hortensia, 1	28002 Madrid	Centro Concertado con Cáritas y Ayuntamiento de Madrid
CAD LATINA	Calle Camarena, 10A	28047 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD VILLAVERDE	Calle Verde Viento, 16	28021 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD VALLECAS	Calle Concordia, 17	28053 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD SAN BLAS	Calle Alcalá, 527	28027 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD TETUAN	Calle Pinos Alta, 122	28029 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD ARGANZUELA	Paseo de la Chopera, 12	28045 Madrid	Ayuntamiento de Madrid
CAD HORTALEZA	Calle Minaya, 7	28043 Madrid	Ayuntamiento de Madrid










# Anexo 4




## LISTADO DE PLANES AUTONÓMICOS DE DROGODEPENDENCIAS

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Andalucía</b> 	Secretaría General de Servicios Sociales	II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007).	2007	Prevención. Atención socio-sanitaria. Incorporación social. Reducción de riesgos y daños Sistemas de información, formación e investigación.	PSOE
<b>Aragón</b> 	Dirección General de Salud Pública	II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016.	2016	Prevención. Asistencia. Integración Social. Sistemas de información.	PSOE + PAR
<b>Asturias</b> 	Dirección General de Salud Pública	Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016.	2016	Coordinación y Participación. Prevención Disminución del riesgo y reducción del daño. Tratamiento integral: Asistencia, incorporación social. Conocimiento científico e investigación. Formación. Evaluación.	PSOE + FSA

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Baleares</b> 	Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares	Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011.	2011	Prevención. Asistencia. Inserción Social . Reducción de la Oferta. Coordinación, Cooperación y Participación Social. Sistemas de Información y Evaluación.	PP
<b>Canarias</b> 	Dirección General de Salud Pública	III Plan Canario sobre Drogodependencias. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad.	2017	Prevención y Sensibilización. Tratamiento e Integración Social. Formación. Investigación. Coordinación y participación. Reducción de la oferta.	CC
<b>Cantabria</b> 	Dirección General de Salud Pública	Plan de Salud mental de Cantabria 2015-2019.	2019	Establecer un modelo integral de tratamiento. Instaurar planes asistenciales (vías clínicas) para el abordaje de las adicciones. Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas.	PP

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Castilla y León</b> 	Dirección General de la Mujer y Comisionado Regional para la Droga	Documento Estratégico sobre Alcohol y Menores en Castilla y León. Julio 2013.	2010	Prevención Asistencia Reinserción Participación Social Formación	PP
<b>Castilla-La Mancha</b> 	Dirección General de Salud Pública y Consumo	Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010.	2010	Prevención. Asistencia e incorporación social. Participación social. Formación e investigación.	PSOE
<b>Cataluña</b> 	Secretaría General de Salud Pública	Plan de Actuación en Prevención sobre Drogas 2013-2016: Consumo Drogas y Problemas Asociados.	2016	Coordinación Formación Actuaciones de Prevención Calidad Formación	CIU

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Comunidad Valenciana</b> 	Dirección General de Asistencia Sanitaria	III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana.	2015	Plan de Sistemas de Información Plan de Evaluación Plan de Servicios y Recursos Programación de la prevención Formación de profesionales Investigación Coordinación institucional y participación Plan de Comunicación Plan de integración social y reducción de daños.	pp
<b>Extremadura</b> 	Dirección General de Salud Pública	Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012.	2012	Prevención Calidad asistencial Patología dual Adicciones comportamentales Menores y jóvenes Recuperación, rehabilitación e incorporación sociolaboral Jurídico-penal y penitenciaria Formación, investigación y sistemas de información	PSOE

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Galicia</b> 	Dirección General de Innovación y Gestión de la Salud Pública	Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016.	2016	Reducción de la prevalencia de los consumos de bebidas alcohólicas, tabaco u drogas ilícitas. Control de la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores. Prevención. Reducción de daños. Asistencia. Integración social. Formación. Investigación aplicada en el campo de las adicciones. Coordinación y cooperación institucional.	PP
<b>La Rioja</b> 	Dirección General de Salud Pública y Consumo	Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.	Sin fecha	Prevención. Atención y Asistencia Comunitaria. Inserción Socio-laboral. Sistema de información y vigilancia epidemiológica.	PP
<b>Madrid</b> 	Dirección General de Salud Pública	Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.	2009	Prevención Asistencia Reinserción	PP

Comunidad Autónoma	Organismo	Nombre del Plan	Vigencia	Áreas	Partido Político Gobernante
<b>Murcia</b> 	Dirección General de Salud Pública y Adicciones	Plan Regional sobre Adicciones 2015-2020.	2020	Prevención Asistencia Integración Social	PP
<b>Navarra</b> 	Instituto de Salud Pública y Laboral	II Plan Foral de Drogodependencias Abril 2012.		Gobernanza Prevención Atención Formación Investigación y desarrollo de sistemas de información	UPN
<b>País Vasco</b> 	Dirección General de Salud Pública y Adicciones	VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011-2015.	2015	Control de la oferta Prevención Asistencia Terapéutica Coordinación y apoyo a profesionales.	PSE-EE
<b>Ceuta</b> 	Consejería de Sanidad y Consumo	I Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas 2012-2016.	2016	Prevención Asistencial Formación e Investigación	PP
<b>Melilla</b> 	Dirección General de Sanidad y Consumo	II Plan sobre Drogas y Adicciones. Ciudad Autónoma de Melilla. 2014-2017.	2017	Formación, Investigación y Evaluación. Prevención. Asistencia. Reinserción.	PP

Fuente: Elaboración propia. Datos disponibles en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm> [2015, 28 septiembre]



